

Toxicomanie

Dynamique et Impacts des représentations négatives des infirmiers à l'égard des patients toxicomanes

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par

Carole Joye

Promotion 2005-2009

Sous la direction de : Catherine Cellier

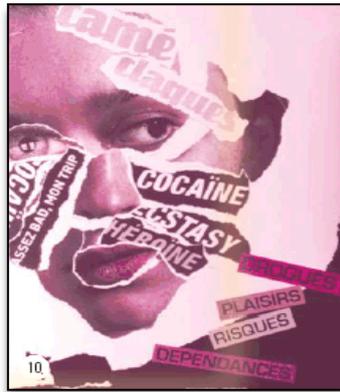
Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

6 juillet 2009

Je dédie ce travail à Lionel,
une personne qui m'a énormément touchée et marquée,
sans qui je n'aurais certainement pas entrepris toute cette réflexion...

Résumé



Objectifs : obtenir des données sur les représentations et les attitudes négatives des infirmiers au sujet des patients toxicomanes dans le but d'évaluer l'influence que celles-ci pourraient avoir sur l'évolution clinique du patient toxicomane.

Question de recherche : Les représentations sociales négatives des infirmiers à l'égard des consommateurs de drogues illicites peuvent-elles jouer un rôle sur l'évolution clinique du patient toxicomane ?

Méthodologie : Les recherches ont été sélectionnées sur les bases de données PUBMED et BLACKWELL-SYNERGY à partir de l'année 1997 en vue de comparer les résultats avec une revue de la littérature datant de 1996 traitant des représentations des soignants face à la toxicomanie. Les études devaient traiter de la toxicomanie et concerner l'univers des soins. La relation infirmiers / patients toxicomanes a été privilégiée. 13 recherches exclusivement anglophones ont été utilisées pour répondre à la question de recherche.

Résultats : La plupart des infirmiers interrogés dans les différentes études témoignent de représentations négatives à l'égard de la toxicomanie. Cependant, plusieurs recherches font état d'attitudes majoritairement positives. Les représentations sociales négatives auraient effectivement un impact sur l'évolution de l'état clinique du patient. De nombreuses études soulignent que la stigmatisation des consommateurs de drogue empêcherait leur rétablissement notamment en contribuant à renforcer leurs symptômes dépressifs et leur isolement.

Remerciements

Merci à Catherine Cellier pour sa disponibilité, sa pertinence et tous ses précieux conseils.

Merci à Blaise RoCHAT qui a contribué à m'orienter vers un sujet hautement passionnant.

Merci à Céline, ma perle des sciences sociales, pour son aide précieuse dans la compréhension de théories compliquées et pour ce fameux mot de passe envié de tous !

Merci à Tristan, mon petit frère de cœur, pour son dévouement, son amitié et sa grande intelligence !

Merci à toute ma famille qui m'a soutenue tout au long de ces années d'étude avec un petit mot spécial pour mon père dont les corrections orthographiques m'ont été précieuses. Merki !

Et enfin, merci à mes amis, ressource indispensable à mon bien-être ! Je vous aime !

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 7 |
| 1 La problématique | 9 |
| 1.1 La question de recherche..... | 9 |
| 1.2 L'hypothèse..... | 10 |
| 1.3 Les objectifs | 10 |
| 2 Le cadre de référence | 11 |
| 2.1 Présentation des notions et concepts utiles à l'argumentation de la question de recherche..... | 11 |
| 2.1.1 L'attitude..... | 11 |
| 2.1.2 Le comportement | 12 |
| 2.1.3 Les représentations sociales..... | 13 |
| 2.1.4 La drogue | 14 |
| 2.1.5 L'addiction aux toxiques ou toxicomanie..... | 15 |
| 2.1.5.1 La Polytoxicomanie..... | 16 |
| 2.1.6 L'interactionnisme symbolique | 17 |
| 2.1.6.1 La prédiction créatrice ou prophétie auto-réalisatrice de Merton..... | 18 |
| 2.1.6.2 L'effet Pygmalion de Rosenthal..... | 19 |
| 2.1.6.3 La théorie du Stigmate de Goffman | 20 |
| 2.1.6.4 La « labelling theory » ou la théorie de l'étiquetage de Becker | 22 |
| 3 Méthodologie | 24 |
| 3.1 Le Devis de recherche..... | 24 |
| 3.1.1 Choix du devis | 24 |
| 3.1.2 Les sources de données..... | 24 |
| 3.1.3 Critères de sélection des recherches | 25 |
| 3.1.4 Stratégies de recherche | 25 |
| 3.1.5 Recherches exclues | 31 |

| | | |
|----------|---|----|
| 3.1.6 | Compléments d'informations concernant les recherches choisies | 31 |
| 4 | Résultats | 32 |
| 4.1 | Etat des lieux des représentations infirmières sur la toxicomanie..... | 32 |
| 4.2 | Attitudes des professionnels face à la toxicomanie | 33 |
| 4.3 | Représentations et attitudes des toxicomanes par rapport au personnel soignant et aux traitements | 35 |
| 4.4 | La perception de la stigmatisation par les personnes toxicomanes | 36 |
| 4.5 | Attitudes des toxicomanes face aux représentations négatives et à la stigmatisation..... | 36 |
| 4.6 | Conséquences de la stigmatisation sur l'état clinique des patients toxicomanes..... | 37 |
| 4.7 | Critiques par rapport à la formation des infirmiers dans le domaine de la toxicomanie..... | 38 |
| 5 | Discussion | 39 |
| 5.1 | Critiques des recherches utilisées | 39 |
| 5.2 | Comparaison entre les perceptions de la toxicomanie par les professionnels d'hier et d'aujourd'hui. | 40 |
| 5.2.1 | Eléments de comparaison tirés de la revue de littérature de McLaughlin & Long (1996). | 40 |
| 5.2.1.1 | Parallèle entre les deux revues de littérature | 41 |
| 5.3 | Mise en lien des résultats avec les théories de l'interactionnisme symbolique. | 42 |
| 5.4 | Pertinence de cette étude pour la profession infirmière..... | 45 |
| 5.5 | Perspectives pour la profession infirmière..... | 45 |
| 5.6 | Limitations | 46 |
| | Conclusion | 47 |
| | Bibliographie | 48 |
| | Annexes | 54 |

Introduction

« Infirmière, c'est une vocation. » Phrase si souvent répétée et témoignant de la sainte image que représente notre profession aux yeux du grand public. Si l'infirmière est souvent décrite comme une femme bonne, douce et aimante, il n'en reste pas moins que, dans la réalité, elle demeure humaine avant tout. Stéréotype quand tu nous tiens !

Les représentations de l'univers psychiatrique et de ses malades sont souvent réductrices voire même déshumanisantes comme l'explique Goffman (1975) dans son livre *Stigmate*. La société est sévère par rapport aux personnes qui se différencient de la norme notamment par l'image que véhiculent les médias à leurs propos (Anderson, 2003). La toxicomanie fait partie de ces pathologies hautement stigmatisées qui entraînent peur et méfiance auprès de la population. Les nombreuses rechutes des consommateurs sont souvent considérées comme preuve d'un manque de volonté et conduisent à dire : « A quoi ça nous sert de les soigner parce que de toute façon, ils vont se massacrer »¹ (Bovet & Raboud, 2004). Dans ce travail, il sera question en partie des attitudes et des comportements négatifs issus des représentations des infirmiers à l'égard des consommateurs de drogues illicites.

Lors des recherches concernant mon premier sujet de mémoire, l'Antipsychiatrie, je me suis arrêtée sur une phrase de Laing qui disait : « Le comportement du patient est dans une certaine mesure fonction du comportement du psychiatre... » (Delacampagne, 1992). Si l'on se fie au théorème de Thomas qui affirme que « quand les hommes considèrent certaines situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences » (Le Breton, 2004), la pensée de Laing est tout à fait pertinente. Pourtant, s'il est vrai que le psychiatre a une grande part à jouer dans la prise en charge du patient et que ses attitudes et comportements pourraient interférer dans l'évolution clinique, qu'en est-il des infirmiers qui passent un temps considérablement plus important auprès de ces personnes ?

Bon nombres de sociologues se sont interrogés sur la dynamique des représentations sociales. Parmi eux se trouvent Merton et la prophétie auto-réalisatrice, Rosenthal, son

¹ Citation de Mme Romanens tirée du travail de Bovet, L., Raboud, C. (2004)

disciple, qui développa l'effet Pygmalion, Becker avec sa théorie de l'étiquetage et Goffman, qui développa la théorie du stigmaté. Ces auteurs sont tous issus de l'interactionnisme symbolique, un mouvement qui prit essor à la fin des années 1930. Il semblait pertinent d'utiliser ce cadre de références afin de faire des liens entre les représentations sociales des infirmiers et leurs impacts sur le rétablissement de patients toxicomanes.

1 La problématique

D'après plusieurs recherches publiées avant l'an 2000, la prise en charge de patients toxicomanes relèverait, pour une proportion significative d'infirmiers, d'expériences déplaisantes dues à des représentations négatives (Carroll, 1996 / Moodley-Kunnie, 1988) entraînant des attitudes punitives (Melby & all., 1992).

1.1 La question de recherche

En unité psychiatrique, il m'ait eu arrivé, en rencontrant un patient pour la première fois, d'agir d'une façon prédéterminée, basée sur des stéréotypes, en ayant pris connaissance de son diagnostic. Dans le lot de ces patients se trouvaient plusieurs toxicomanes au sujet desquels on reçoit souvent une mise en garde avant même leur entrée dans le service. Les discussions que j'ai pu engager avec eux m'ont permis de réduire une partie de mes préjugés et de me poser la question de la conséquence de ces représentations sociales sur leur rétablissement.

Cette revue de littérature étoffée touche donc au thème de la toxicomanie, du regard que portent sur elle les infirmiers et de ce qu'impliquent ces représentations sur le comportement du patient toxicomane. Je me suis posé la question suivante :

- Les représentations sociales négatives des infirmiers à l'égard des consommateurs de drogues illicites peuvent-elles jouer un rôle sur l'évolution clinique du patient toxicomane ?

Pour répondre à cette question, je m'intéresse aux représentations et attitudes négatives des infirmiers face à la toxicomanie ainsi qu'aux comportements qui en découlent. Je vais ensuite aborder la réaction des personnes toxicomanes face à ces attitudes. Mon cadre de référence comprend plusieurs théories d'auteurs (Merton, Rosenthal, Goffman et Becker) issus de l'interactionnisme symbolique et permet de construire une vision critique de la dynamique soignant-soigné relative aux représentations sociales et à la subjectivité de chaque individu.

1.2 L'hypothèse

Les représentations et les attitudes négatives des infirmiers face à la toxicomanie sont toujours d'actualité. Ces représentations et ces attitudes ont une influence sur la stigmatisation des patients toxicomanes et, en se rapportant à la prophétie auto-réalisatrice de Merton, mettraient un frein dans leur rétablissement.

1.3 Les objectifs

Les objectifs de cette revue de littérature sont d'obtenir un certain nombre de données sur la vision des infirmiers sur la toxicomanie et sur leurs attitudes négatives qui peuvent influencer l'évolution clinique du patient toxicomane. Si la question de recherche s'avère positive, ce travail permettra une remise en question de la pratique professionnelle infirmière dans le but d'optimiser une prise en charge adéquate et efficace des patients toxicomanes.

2 Le cadre de référence

2.1 Présentation des notions et concepts utiles à l'argumentation de la question de recherche

2.1.1 L'attitude

Pour ce travail, il était essentiel de faire un état des lieux des attitudes attachées à la toxicomanie dans le milieu des soins et particulièrement au niveau infirmier. Mais qu'est-ce qu'une attitude précisément ?

Le Breton (1995) définit le concept d'attitude par ces mots : « ... elle est subjective, étayée sur l'expérience de l'individu et surtout sur sa définition de la situation. Elle traduit la manière intime dont l'individu s'arrange des contraintes sociales. ».

En psychologie sociale, nos attitudes permettent de communiquer nos valeurs aux personnes qui nous entourent. Elles sont également censées guider nos comportements. En effet, l'attitude est un ensemble de positions et de jugements à l'égard d'un objet, qui vont pousser l'individu à agir de telle ou telle manière. (Leyens & Yzerbyt, 2002).

L'attitude est constituée de trois composantes. La première est d'ordre cognitif. Il s'agit de l'opinion que se fait l'observateur de l'objet (personne, situation,...) en fonction de ses valeurs propres. La deuxième est affective et dépend donc de l'état émotionnel de l'individu et des sentiments ressentis à l'égard de l'objet. La troisième est la composante comportementale, c'est-à-dire la façon dont on conçoit d'agir de manière adéquate ou non face à l'objet (ibid., 2002).

La toxicomanie engendre des attitudes souvent négatives chez le non consommateur confronté à une réalité qui lui échappe et qui touche à des valeurs profondes telles que le contrôle de soi, l'intégrité du corps, la normalité pour n'en citer que quelques unes. De nombreuses études ont évalué les représentations et attitudes des infirmiers face à l'abus de toxiques et il se trouve que plusieurs de ces recherches relèvent qu'une proportion significative d'infirmiers a des attitudes négatives à l'égard de la toxicomanie

(McLaughlin & Long, 1996). Ces constatations sont intéressantes pour notre travail car c'est précisément de ces attitudes dont nous nous inquiétons.

2.1.2 Le comportement

L'attitude et le comportement sont fortement liés comme expliqué plus haut. Ce dernier fut largement développé par les comportementalistes tels que John B. Watson. Il lança le mouvement behavioriste au début du 20^{ème} siècle.

Le comportement humain est un ensemble de phénomènes corporels observables (mouvements, modifications physiologiques, expressions verbales...) mis en place pour répondre à un stimulus interne ou externe à l'organisme. Les comportements peuvent être qualifiés (Leyens & Yzerbyt, 2002) :

- d'acquis (résultat de l'expérience et de l'apprentissage) ou d'innés (patrimoine héréditaire).
- de conscients (issus d'un raisonnement) ou d'inconscients (intuitifs, incontrôlés).
- de volontaires ou d'involontaires.
- d'automatiques (dépendants d'une force externe) ou de contrôlés (dépendants d'une force interne).

Le comportement dans son entier est l'instrument de la communication. Il permet entre autre l'expression des ressentis de la personne et favorise une interprétation par les autres acteurs. Ainsi, une attitude négative de la part d'un infirmier envers la toxicomanie engendrera un comportement lui aussi négatif que le patient toxicomane pourra ressentir même sans échange de mots, par la lecture du langage non-verbal (langage corporel). Cette notion est importante car le fait de ne rien dire ne signifie pas que l'information n'est pas passée. C'est ce que l'on appelle des attitudes implicites ou inconscientes (Thalman, 2002).

2.1.3 Les représentations sociales

« Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. » (Jodelet, 1997).

C'est au 19^{ème} siècle que le concept de représentations sociales fut énoncé par le sociologue Emile Durkheim. Il en parla comme de représentations collectives. Selon sa théorie, chaque société crée ses propres interprétations des faits. Serge Muscovici, quant à lui, continua d'élaborer le sujet dans les années soixante. Il s'attacha à montrer « comment une nouvelle théorie scientifique ou politique est diffusée dans une culture donnée, comment elle est transformée au cours de ce processus et comment elle change à son tour la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent. » (Moscovici, 1961). Cette approche théorique démontra l'importance de la dynamique dans les représentations sociales. Plus tard, en 1969, la psychosociologue Denise Jodelet s'intéressa aux représentations sociales de la maladie mentale dans son livre *Folie et représentations sociales*. Elle décrit les éléments psycho-sociaux influençant la construction de représentations mentales. Selon elle, si l'individu adhère aux idées du groupe, c'est par le besoin d'identification et d'appartenance à une société mais également dans le but de créer du sens en fonction de son expérience au monde.

Les représentations sociales font partie intégrante de la vision de chacun. Elles permettent une compréhension du monde facilitée en classant chaque élément dans un compartiment qui le relie aux autres par ses similitudes. Les représentations sociales offrent un côté sécurisant puisqu'elles font référence à des faits communs connus et permettent donc une adaptation plus rapide. Radcliffe-Brown l'exprime bien en disant : « ... Lorsque le nombre de personnes s'accroît, la segmentation en clans devient le seul moyen d'instaurer un système moins compliqué d'identification et de traitements. » (Radcliffe-Brown cité par Goffman, 1973).

Au-delà de ses réelles capacités, un individu sera souvent jugé en fonction de ce qu'il représente. Ainsi il est facile d'observer que le milieu social, la profession, le physique d'une personne sont déterminants dans la manière dont elle va être abordée et considérée. La citation qui suit explique la cristallisation des représentations sociales, la façade étant l'élément sujet à la généralisation.

«Une façade sociale donnée tend à s'institutionnaliser en fonction des attentes stéréotypées et abstraites qu'elle détermine et à prendre une signification et une stabilité indépendantes des tâches spécifiques qui se trouvent être accomplies sous son couvert, à un moment donné. La façade devient une « représentation collective » et un fait objectif.» (Goffman, 1973).

Les représentations sociales tiennent une place primordiale dans mon travail puisqu'elles vont déterminer les attitudes et les comportements des soignants en l'occurrence par rapport à leurs visions de la toxicomanie.

2.1.4 La drogue

Dans notre travail, les représentations sociales sont liées aux consommateurs de drogue. Mais qu'est-ce qu'une drogue ? On appelle drogue ou substance psychoactive tout produit modifiant les fonctions du système nerveux central entraînant une transformation des perceptions sensorielles, de la pensée, du comportement, de l'humeur ou des émotions. Elle peut avoir des effets stimulants, anesthésiants, euphorisants, anxiolytiques,...

Les drogues ont longtemps été distinguées en deux classes :

- les dites drogues « douces » (la nicotine, la caféine, l'alcool, les médicaments psycho-actifs, le THC) et les dites drogues « dures » (les hallucinogènes, les amphétamines comme l'ecstasy et autres drogues de synthèse comme le GHB, les opiacés comme la morphine ou l'héroïne et la cocaïne). Selon Camballero (1989), ces appellations servent à distinguer les drogues d'origine « naturelles » (drogues douces) de celles fabriquées synthétiquement ou du moins en partie (drogues dures). Cette distinction n'est cependant pas reconnue par le droit international.

- Les drogues licites (autorisées par la loi) et illicites (interdites par la loi).

Ces classifications, à présent très relativisées, ont beaucoup influencé et influencent toujours les représentations collectives. En effet, pour exemple, alors que l'alcool est une drogue largement consommée, elle a été classée en 1999 par l'OMS au même degré de dangerosité que l'héroïne. De plus, lorsque l'on considère le pouvoir addictif et les conséquences physiques et psychiques de la consommation de tabac, de cannabis et de divers médicaments telles que les benzodiazépines, il est évident que l'idée très répandue concernant le côté inoffensif des drogues « douces » est erronée. Toute drogue quel que soit son statut « doux » ou « dur » peut provoquer une dépendance psychologique. Selon Robinson & Berridge (2002), l'excitation de la recherche de drogue jouerait un grand rôle sur la consommation en permettant, à même titre que la prise de substance elle-même, la libération de dopamine par un mécanisme de conditionnement opérant. Ceci expliquerait le côté extrinsèque de la dépendance.

Le présent travail analyse les représentations sociales liées aux consommateurs de drogues illicites, principalement utilisateurs d'héroïne et de cocaïne.

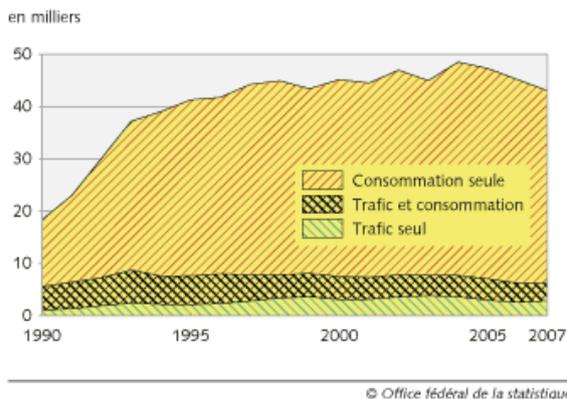
2.1.5 L'addiction aux toxiques ou toxicomanie

Le mot addiction provient du vieux français et désigne une contrainte, une obligation à accomplir une action en l'occurrence la prise de toxique. La toxicomanie est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (2009) comme « un état d'intoxication chronique ou périodique provoqué par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique ». Elle est définie par plusieurs symptômes : une envie irrépressible de consommer malgré la prise de conscience des conséquences néfastes sur le corps et le psychisme ; la nécessité de se procurer le produit par tous les moyens ; une dépendance physique et psychique ; le besoin d'augmenter régulièrement la consommation. La dépendance physique se manifeste par une grande tolérance au produit. Si la substance est arrêtée de manière brutale, des symptômes de sevrage seront observés tels que tremblements, sueurs, nausées et vomissements, douleurs, angoisses, troubles du sommeil... Quant à la dépendance psychologique, elle se remarque par l'incapacité de se passer du produit, qui bien plus qu'un simple plaisir

devient un besoin. La non-consommation est capable de provoquer des troubles anxieux intenses chez la personne dépendante.

Les troubles addictifs ont pris des proportions immenses au XXème siècle touchant toutes les classes sociales et atteignant toutes les tranches d'âges. Selon l'OMS, il y aurait dans le monde plus de 15,3 millions de consommateurs réguliers et dépendants.

Délinquance liée aux stupéfiants Dénoncations selon l'infraction



D'après les chiffres de la Police Suisse recueillis par l'Office Fédéral de la statistique, le nombre de personnes répertoriées concernées par la consommation de stupéfiants s'élevait à plus de 40'000 en 2007.

Paradoxalement, l'avancée des connaissances scientifiques en la matière a rendu la toxicomanie plus familière aux yeux du grand public mais n'a pas pour autant réduit les préjugés concernant les personnes dépendantes aux drogues, amenant inexorablement à un rejet de la société (Lowenstein & all, 2005).

2.1.5.1 La Polytoxicomanie

La polytoxicomanie est un phénomène massif. Bien que les consommateurs aient en règle générale une drogue de préférence, l'usage exclusif d'un produit est rare. La personne dépendante, en fonction de la durée de sa consommation, du prix de la drogue et de son accessibilité, se verra souvent contrainte à trouver des alternatives pour calmer les douleurs du manque. Il y a plusieurs associations fréquentes : l'héroïne est souvent associée à la cocaïne en vue d'atténuer les effets de la « descente » (baisse de l'effet du produit), les benzodiazépines sont utilisés en automédication pour réduire les effets de manque mais également les symptômes dépressifs (de surcroît, ces médicaments sont

également source d'une dépendance physique et psychique évidente), l'alcool, la cigarette et le cannabis sont eux aussi utilisés en parallèle. En rapport à l'utilisation de substances palliant le manque, on appelle cette forme de consommation la polytoxicomanie d'accompagnement.

Il existe une autre forme de polytoxicomanie : les usages multiples massifs. On y trouve notamment l'« usage dysfonctionnel chronique » qui touche principalement la population des « vieux » consommateurs d'héroïne ou de cocaïne. Ceux-ci ne ressentent plus le plaisir des prises de toxiques de par leur trop grande tolérance au produit. Le plaisir est absent car la sensation d'ivresse n'existe plus. Ceux-ci recherchent à travers les benzodiazépines une sensation paradoxale stimulante. Ces utilisations donnent souvent lieu à des tentatives de suicide (Lowenstein & all., 1995). Quant à l'usage juvénile aussi classé sous ce type de polytoxicomanie, il s'agit de la consommation épisodique, chez les adolescents, de mélanges de substances psycho-actives telles que benzodiazépines, amphétamines, hallucinogènes, alcool, cannabis, solvants chimiques, colles,... Ces consommations excessives peuvent se chroniciser dans une proportion minoritaire mais non négligeable de la population.

2.1.6 L'interactionnisme symbolique

Les points précédents servent principalement à la description des termes utilisés dans la question de recherche. L'interactionnisme symbolique va permettre l'intégration de phénomènes sociologiques nécessaires à la compréhension du fondement de la problématique.

L'interactionnisme symbolique est un courant sociologique né à la fin des années 1930 aux Etats-Unis. On distingue deux périodes distinctes : la première est représentée par Mead qui se dégagea des deux tendances psychologiques de l'époque, la psychanalyse et le behaviorisme, pour développer une théorie interactionniste de « co-construction du sens ». Deux points importants sont à relever dans sa thèse. Tout d'abord, le sens que chacun donne aux phénomènes qui l'entourent découle obligatoirement d'une interprétation. Deuxièmement, l'interprétation se construit dans une dynamique interpersonnelle.

Blumer fut l'emblème de la deuxième période de l'interactionnisme symbolique entre 1945 et 1960. Il étudia à l'école sociologique de Chicago et suivit les cours de Mead. Il continua le mouvement en se positionnant contre l'idée d'un déterminisme biologique ou social de l'individu, paradigme alors en vogue à l'époque. Cette approche fut sujette à de nombreuses controverses. La définition que Blumer donne de l'interactionnisme symbolique tient en ces trois points (Blumer cité par De Quieros & Ziolkowski, 1994):

- Les humains agissent à l'égard des choses en fonction du sens interprétatif que ces choses ont pour eux.
- Ce sens est dérivé ou provient des interactions que chacun a avec autrui.
- C'est dans un processus d'interprétation que ce sens est manipulé et modifié.

2.1.6.1 La prédiction créatrice ou prophétie auto-réalisatrice de Merton

La prédiction créatrice de Robert K. Merton s'inspire d'une théorie qu'il baptisa *théorème de Thomas* en référence à William Isaac Thomas « doyen des sociologues américains » qui développa ce concept en 1928 (Merton, 1997). Ce dernier fut le précurseur de l'école de Chicago et sera associé à la naissance du courant interactionnisme symbolique. Pour Merton (1997), « La prédiction créatrice débute par une définition *fausse* de la situation, provoquant un comportement nouveau qui rend *vraie* la conception, fausse à l'origine ». C'est-à-dire que lorsqu'une personne répète sans cesse à une autre qu'elle est incapable, celle-ci finira par le devenir alors que l'encourager permettrait une évolution positive. Bon nombre d'intellectuels se sont accordés sur cette même pensée (les grands esprits se rencontrent !): Bossuet, Marx, Freud,... Cette phrase citée met en évidence la traduction subjective que chaque personne se fait d'une situation donnée et comment cette interprétation va influencer un comportement et donc ses conséquences. Ce qu'il est essentiel de souligner, c'est cette notion d'origine. En effet, sans l'intervention de la personne tierce, la situation n'évoluerait pas du tout dans le sens prédit. Selon Merton, ce théorème permettrait de comprendre de nombreux processus sociaux dont les conflits ethniques.

Dans notre questionnement, ce théorème est un outil de taille car l'intégration par le toxicomane d'idées préconçues négatives par les professionnels de la santé à son sujet laisse suggérer que celui-ci conditionnera ses comportements pour y répondre.

2.1.6.2 L'effet Pygmalion de Rosenthal

Pour mieux comprendre le *théorème de Thomas*, voici un exemple connu de prédiction créatrice, utile car proche de notre sujet. L'*effet Pygmalion* est un concept qui fut développé durant les années soixante par Robert Rosenthal, psychologue américain accompagné dans ses recherches par Lenore Jacobson. Cette théorie fut tout d'abord testée sur des rats. Rosenthal attribua à un groupe d'enfants six rats (choisis au hasard) qu'il qualifia d'exceptionnels et six autres qu'il donna à un second groupe qu'il décrivit sans ambition. Le but de l'exercice était de motiver les rats à trouver leur chemin dans un labyrinthe. Les rats « surdoués » atteignirent tous leur but. Les rats « limités » ne bougèrent presque pas de leur point de départ. L'expérience fut ensuite vérifiée dans un cadre pédagogique. En effet, il fut question de falsifier positivement les résultats des tests de QI de certains élèves d'une classe (choisis aléatoirement) de manière à modifier les attentes de leurs professeurs. Après une année, l'ensemble des élèves de la classe durent une seconde fois se plier au test de QI. L'effet attendu fut démontré puisque les enfants choisis au hasard comme étant les plus intelligents avaient bel et bien un QI supérieur aux autres élèves (mais de 4 points seulement !) (Trouilloud & Sarrazin, 2003). L'effet Pygmalion démontre donc l'impact des représentations des professionnels sur les aptitudes et les compétences d'un public cible. Bien que très controversée par les résultats modestes et la non prise en compte des comportements des professeurs qui amenèrent aux changements, cette recherche reste une référence pour de nombreux professionnels, particulièrement dans le milieu pédagogique. L'utilisation de ce modèle dans le domaine de la santé est pertinente car les infirmiers, au même titre que les professeurs, peuvent être considérés comme des figures d'autorité (Ponsar & Vibert, 2003).

2.1.6.3 La théorie du Stigmate de Goffman

Ce sont les grecs qui les premiers utilisèrent le terme de stigmate. A l'époque, il s'agissait d'une marque physique gravée au moyen d'un couteau ou d'un fer rouge sur les esclaves, les criminels, les traîtres ou toutes personnes considérées comme immorales, détestables ou inhabituelles aux yeux de la société. Grâce à ce procédé, la population pouvait librement éviter toute confrontation avec ces individus « renégats ». Le stigmate fut ensuite repris par le christianisme pour définir les plaies du Christ lors de la crucifixion. Le terme prit alors une signification différente en devenant un symbole d'élévation. Le stigmate est devenu, dès lors, un terme porteur de sens paradoxaux (Goffman, 1973).

Le stigmate n'est plus, dans notre société, une plaie infligée aux personnes ne faisant pas corps avec la normalité cependant l'analogie est bien réelle. Goffman (1973) définit le stigmate comme étant « une altération qui jette un discrédit profond » et d'ajouter « qu'une personne ayant un stigmate n'est plus tout à fait humaine ». Cette représentation induit la société à rejeter l'individu stigmatisé puisque confortée dans cette idée de supériorité. On appelle ce mécanisme de pensée – assimilable à un mécanisme de défense - l' « idéologie du stigmate ». Voici une citation qui synthétise bien cette idéologie :

« Bien plus, il arrive que nous percevions la réaction de défense qu'a l'individu stigmatisé à l'égard de sa situation comme étant l'expression directe de sa déficience, et qu'alors nous considérons à la fois la déficience et la réaction comme le juste salaire de quelque chose que lui, ou ses parents, ou son peuple, ont fait, ce qui, par suite, justifie la façon dont nous le traitons. ». (Goffman, 1973).

Goffman distingue deux identités sociales : l'identité virtuelle et l'identité réelle. L'identité virtuelle est construite par le regard de la société porté sur l'individu. L'identité réelle, quant à elle, est forgée par l'idée que l'individu se fait de lui-même en fonction de ses qualités et de ses capacités effectives. Il y a risque de stigmate lorsque l'individu intériorise et s'approprie une « identité virtuelle » négative, identité à laquelle il adhère au détriment de son « identité réelle ». A noter que cette réaction est un

mécanisme visant à son intégration car plutôt que d'assumer seul son « identité réelle », il préférera endosser le rôle qu'on lui demande de jouer afin de se sentir considéré.

Goffman parle de trois types de stigmates :

- Le premier type traite des abominations du corps regroupant les malformations et autres affectations corporelles.
- Le second concerne les traits de caractère tels que le manque de volonté, l'impulsivité, la malhonnêteté... On y trouve notamment les toxicomanes, les malades mentaux, les prisonniers,...
- Et enfin, les stigmates « tribaux » qui font référence à l'origine de la personne, à sa couleur de peau, à sa religion, à son statut social...

Un quatrième stigmatisme a été ajouté à la théorie dans les années 80 suite à l'épidémie de SIDA. Effectivement, déclenchant une grande crainte au sein de la population (crainte toujours présente par ailleurs), les porteurs du virus HIV ont été mis au ban de la société. Ce quatrième stigmatisme est donc lié aux représentations qu'inspirent certaines pathologies.

Au regard de ces quatre types de stigmates, il est intéressant de remarquer que la population toxicomane est fortement concernée par chacun d'entre eux. En effet, les atteintes physiques qu'entraîne la prise de toxiques et notamment l'utilisation de drogues injectables laissent des marques mutilantes et douloureuses (hématomes, œdèmes, scléroses veineuses, abcès voir même nécrose,...) sur des corps déjà amaigris par la négligence alimentaire suite à la prise de drogue. S'il est facile de constater un physique en souffrance, il l'est autant d'assimiler aux consommateurs des traits de caractère « représentatifs » : incapables de volonté, irresponsables, profiteurs, menteurs, voleurs, meurtriers,... (Goffman, 1975 / Bovet & Raboud, 2004). D'autant que ces images sont largement véhiculées par les médias et les productions cinématographiques (Anderson, 2003). Concernant les stigmates tribaux, on recense les consommateurs aussi bien dans les couches sociales aisées que parmi les plus démunis et précarisés. Cependant, les représentations varient en fonction de la drogue utilisée ainsi que de ses conditions d'utilisation. Ainsi, le crack des ghettos noir-américains ou des banlieues françaises, la cocaïne des soirées « branchées », l'usage « artiste » des plateaux de

cinéma ou de la télévision, le cannabis des baba cools ou des rastas, l'héroïne frelatée des bas fonds de la pornographie sont perçus de manière différente (Cellier, 1999). Enfin, le dernier stigmaté, porte-parole de la crainte sociale de la maladie et de la contamination, laisse sa griffe sur le toxicomane de par la peur qu'il nous inspire dans l'exécution de pratiques considérées comme « douteuses » (utilisation de seringues sales, pratiques sexuelles à risque,...).

Mais quel pourrait-être l'impact du stigmaté sur les soins ? Selon Startorius (2002), le stigmaté et la discrimination envers les personnes souffrant de troubles mentaux sont certainement les plus grandes barrières au rétablissement et à l'apport de soins et de thérapies appropriées.

« Le stigmaté psychiatrique est à priori une question qui devrait concerner au plus haut point tous les professionnels de santé mentale. La réponse publique négative attachée aux personnes qui souffrent de trouble mental est considérée aujourd'hui comme un obstacle majeur à l'accès aux soins, au traitement ainsi qu'à la stabilisation, la rémission voire la guérison des troubles mentaux. »
(Lacaze, 2006).

Startorius va même plus loin en suggérant que le stigmaté serait d'origine iatrogène. Serait-ce donc l'internement et la médicalisation de la « folie » qui aurait stigmatisé le « fou » (suggestion faisant peut-être référence au mouvement de l'Antipsychiatrie) ?

2.1.6.4 La « labelling theory » ou la théorie de l'étiquetage de Becker

La théorie d'Howard Becker rejoint de nombreux points celle de Goffman. Il suivit un cursus à l'école de Chicago. En 1985, il écrivit un livre, *Outsider*, qui traite du concept de déviance en se fondant sur sa propre théorie, la *labelling theory* ou théorie de l'étiquetage. Cette approche considère l'influence du regard que portent les acteurs sociaux sur la transgression de la « norme ». La déviance est considérée comme telle dès le moment où les autorités de référence (corps médical, justice, police) voient dans un acte commis par un individu un caractère anormal, outrageant ou délictueux et mobilisent les défenses sociales (diagnostic, lois, instances de répression) pour contenir ou empêcher cet individu de nuire. La « déviance » n'est donc stigmatisée comme telle qu'en fonction de la norme édictée par le plus grand nombre, fluctuante selon les

époques, les lieux et les civilisations. Dès l'or, on conçoit le caractère subjectif et réducteur de cet étiquetage.

« Une personne peut être identifiée par un label ou une étiquette qui réfère à des phénomènes de déviance ou d'anormalité. Des termes comme « criminel », « pervers », « psychotique », « toxicomane », etc. suggèrent ainsi des images réductrices de la personne qui est ainsi étiquetée ». (Lacaze, 2006).

Comme conséquences directes d'un étiquetage de déviance psychiatrique, on trouve la réduction de la personne à sa maladie (qui perd son statut initial), la déshumanisation, la mise sous contrôle de sa vie privée, l'altération de l'estime de soi et enfin le risque d'une non rémission (Lacaze, 2006), lien direct avec la problématique.

3 Méthodologie

3.1 Le Devis de recherche

3.1.1 Choix du devis

J'ai choisi de développer mon thème dans le cadre d'une revue de littérature étoffée car la problématique choisie est issue de nombreuses controverses. Il me semblait plus intéressant de recenser des écrits plutôt que de tenter une recherche sur le terrain dans un domaine aussi difficilement objectivable. Je me sens davantage confiante en utilisant les travaux de professionnels ayant un bagage théorique plus étendu que le mien. De plus, comme le précisent Skinner et ses associés (2007), la dimension éthique de ce genre de problématique ne doit pas être négligée ce qui me conforte dans mon choix de devis étant donnée mon expérience limitée dans la recherche et dans le domaine des soins.

3.1.2 Les sources de données

Afin de récolter les recherches utiles à ma thématique, les bases de données Pubmed et Blackwell-Synergie ont été utilisées entre mai 2008 et juin 2009. Les mots-clés qui ont servi au tri peuvent être classés selon 3 thèmes :

- La toxicomanie : drogue, abus de drogue, abus de substance, toxicomane
- Le domaine de la santé : relation professionnelle, infirmier, hospitalisation, psychiatrie relation soignant-soigné.
- Les « conditionneurs » de comportements : perception, préjugés, stéréotypes, attitudes, stigmaté.

3.1.3 Critères de sélection des recherches

De manière à garantir une objectivité relative à notre époque, les recherches choisies ont été sélectionnées à partir de 1996. Ce critère est intéressant pour évaluer l'évolution des perceptions par rapport à la toxicomanie. En effet, les résultats obtenus seront comparés à ceux d'une revue de littérature faisant l'inventaire des perceptions des professionnels par rapport aux toxicomanes publiée en 1996 (McLaughlin & Long, 1996). L'écart entre cette étude et certains des écrits sélectionnés représente presque une génération, d'où l'intérêt de partir de cette année-là pour la recension.

Aucune recherche en français n'a été trouvée en lien avec la problématique. Tous les articles analysés sont en anglais. Les recherches ont été réalisées en Australie (5), au Royaume Uni (5) et aux Etats-Unis (4). La difficulté dans la traduction d'autres langues a été un élément limitant.

La pertinence des recherches par rapport à la problématique était également un critère de sélection. Les études devaient traiter de la toxicomanie et concerner l'univers des soins. La relation infirmiers / patients toxicomanes a été évidemment privilégiée.

3.1.4 Stratégies de recherche

- **numéro 1 :**

Banque de donnée : Pubmed

Recherche MeSH :

| | Résultats |
|---|-----------|
| « Street drug » | 6512 |
| AND « Professionnal-Patient Relations » | 43 |
| AND « Perception » | 1 |

Association des mots : (((("Street Drugs"[MAJR])) AND (("Professional-Patient Relations"[Mesh]))) AND (("Perception"[Mesh])) .

1 recherche retenue :

- McLaughlin, D.F, McKenna, H., Leslie, J.C. (2000). The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care staff and the care they receive.

- **numéro 2 :**

Banque de données : Pubmed

Recherche MeSH :

| | Résultats |
|--------------------------------------|-----------|
| « Street Drugs » | 6512 |
| AND « Prejudice » | 20 |
| AND « Attitude of Health Personnel » | 3 |

Association des mots : (((("Street drugs"[Mesh])) AND (("Prejudice"[Mesh]))) AND (("Stereotyping"[Mesh]))) AND (("Attitude of Health Personnel"[Mesh]))

1 recherche retenue :

- McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals.

- **numéro 3 :**

Banque de donnée : Pubmed

Recherche MeSH :

| | Résultats |
|-----------------------------------|-----------|
| «Prejudice » | 17610 |
| AND « Substance-Related Disorder» | 478 |
| AND «Adult » | 154 |
| AND «Self Concept » | 17 |

Association des mots : (((("Prejudice "[Mesh])) AND (("Substance-Related Disorders "[Mesh]))) AND (("Adult "[Mesh]))) AND (("Self Concept "[Mesh]))

3 recherches retenues :

- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse.
- Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma (2004 Feb). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness.
- Radcliffe P, Stevens A. (2008 Oct.). Are drug treatment services only for 'thieving junkie scumbags'? Drug users and the management of stigmatised identities.

• **numéro 5 :**

Banque de donnée : Pubmed

Recherche MeSH :

| | Résultats |
|--|-----------|
| «Prejudice » | 17610 |
| AND « Substance-Related Disorder / thérapie» | 478 |
| AND «Professional-Patient Relations » | 28 |

Association des mots : (((("Professional-Patient Relations"[Mesh]) AND
 (((("Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Substance-Related
 Disorders/therapy"[Mesh])) AND ("Prejudice"[Mesh]))))

2 recherches retenues :

- Brener L, von Hippel W, Kippax S. (2007). Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: does greater contact lead to less prejudice?
- Henderson, S., Stacey, C.L., Dohan, D. (2008). Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department.

• **numéro 6 :**

Banque de donnée : Pubmed

Recherche MeSH :

| | Résultats |
|---------------------------------|-----------|
| «Attitude of Health Personnel » | 90985 |
| AND « Nurse-Patient relations» | 5741 |
| AND « Prejudice» | 221 |
| AND « Psychiatric nursing» | 23 |

Association des mots : ("Psychiatric Nursing"[Mesh]) AND ((((((("Attitude of
 Health Personnel"[Mesh]))) AND ("Nurse-Patient Relations"[Mesh])))) AND
 (("Prejudice"[Mesh]))))

1 recherche retenue :

- Munro, S., Baker, J.A. (2007). Surveying the attitudes of acute mental health nurses.

- **numéro 7 :**

Banque de donnée : Pubmed

Recherche MeSH :

| | Résultats |
|------------------------------------|-----------|
| «Attitude of Health Personnel » | 90985 |
| AND « substance-Related Disorders» | 1966 |
| AND « Nurse's Role» | 275 |
| AND « Nurses» | 54 |

Association des mots : (((("Attitude of Health Personnel"[Mesh])) AND ("Substance-Related Disorders "[Mesh]))) AND (("Nurse's Role "[Mesh]))) AND ("Nurses "[Mesh]))

1 recherche retenue :

- Ford R, Bammer G, Becker N. (2008 Sep). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development.

- **numéro 8 :**

Banque de donnée : Pubmed

Recherche MeSH :

| | Résultats |
|------------------------------------|-----------|
| «Attitude of Health Personnel » | 90985 |
| AND « substance-Related Disorders» | 1966 |
| AND « Education, Nursing» | 53 |

Association des mots : (((("Attitude of Health Personnel"[Mesh])) AND ("Substance-Related Disorders"[Mesh]))) AND (("Education, Nursing"[Mesh]))

2 recherches retenues :

- Happell, B., Carta, B., Pinikahana, J. (2002 Dec). Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: a questionnaire survey.

- Happell, B., Taylor, C. (2001 Jun). Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: finding the elusive solution.

- **numéro 9 :**

Banque de donnée : Pubmed

Recherche MeSH :

Recherche :

| | Résultats |
|----------------------------------|-----------|
| «Stigma » | 17610 |
| AND «Stereotyping » | 1280 |
| AND « Substance Abuse Detection» | 1 |

Association des mots : (((("Prejudice"[Mesh])) AND (("Stereotyping"[Mesh]))) AND (("Substance Abuse Detection"[Mesh]))

1 recherche retenue :

- Ahern, J., Stuber, J., Galea, S. (2007 May). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users.

- **numéro 10 :**

Banque de donnée : Blackwell-synergie

| | Résultats |
|----------------------------------|-----------|
| «Prejudice » | 17610 |
| AND «Stereotyping » | 1280 |
| AND « Substance Abuse Detection» | 1 |

1 recherche retenue :

- Skinner, N., Feather, N.T., Freeman, T., Roche, A. (2007). Stigma and discrimination in health-care provision to drug users: the role of values, affect, and deserving judgments.

3.1.5 Recherches exclues

15 recherches ont été initialement sélectionnées dont 2 ont été exclues pour des raisons de pertinence et de date de parution. Elles ont tout de même fait l'objet de grilles d'analyse au cas où leur utilisation s'avérait nécessaire mais elles n'ont ni l'une ni l'autre été retenues pour les résultats.

3.1.6 Compléments d'informations concernant les recherches choisies

Les 13 recherches restantes peuvent être répertoriées en deux groupes : celles donnant la parole aux professionnels de la santé (Brenner & all., 2007 / Ford & all., 2008 / Happel & all., 2002 / Happel & Taylor, 2001 / Hederson & all., 2008 / McLaughlin & all., 2006 / Munro & Baker, 2007 / Skinner & al, 2007) et celles consacrées à l'avis des patients toxicomanes (Ahern & all., 2006 / Link & all., 1997 / McLaughlin & all., 2000 / Radcliffe & Stevens, 2008) ou aux usagers des services de psychiatrie en général (Dinos & all., 2004). Six recherches sont qualitatives (dont deux concernent le personnel soignant et quatre les patients) et sept sont quantitatives (dont six concernent le personnel soignant et une les patients).

4 Résultats

4.1 Etat des lieux des représentations infirmières sur la toxicomanie

Laughing & all. (2006) ont réalisé une recherche qualitative dans le but d'explorer les perceptions des professionnels de la santé et du social face aux toxicomanes en Irlande du Nord. Pour ce faire, 35 professionnels de la santé dont 9 infirmiers ont été interrogés lors d'entretiens de groupe. Il en ressort, dans les résultats, que la majorité des participants dit avoir une vision négative de la population toxicomane en se la représentant comme intelligente et manipulatrice. Les protagonistes montrent un grand pessimisme vis-à-vis de cette clientèle. Ils expriment ne pas vouloir se former dans le domaine car une spécialisation attirerait la population redoutée.

Des similitudes avec l'étude précédente ont été observées chez Hederson & all. (2008). Ils ont analysé 318 interactions entre 75 professionnels de la santé et leurs patients toxicomanes. 11 prestataires de soins dont 1 infirmière aux urgences d'un hôpital en Californie ont fait l'objet d'interviews pour comprendre leurs expériences et leurs perceptions face aux clients toxicomanes. Les différents sujets disent avoir plus d'empathie pour les personnes démunies et vulnérables que pour les gens riches qui ne témoignent aucune reconnaissance. Cependant, la plupart des participants décrivent leurs patients toxicomanes comme peu fiables et laxistes dans leurs prises en charges post-hospitalières. Ils les définissent encore comme étant très demandeurs et souvent agressifs. Le côté dégradant de la prise de toxique est évoqué en ces mots « *les infirmières font les frais des patients qui se sont fait dessus* » (propos d'un médecin interviewé). Ce ne sont pas tant les choses dites mais la manière dont elles sont amenées qui atteste de représentations négatives à l'égard des consommateurs de drogues illicites. Les participants dépeignent le toxicomane en manque comme « *un diable incarné* ». Les sujets se méfient de ce genre de patients car ceux-ci se rendent fréquemment aux Urgences en simulant des plaintes pour obtenir les médicaments dont ils sont dépendants. Bien que cette étude soit intéressante, elle n'est pas représentative de la population infirmière puisqu'une seule d'entre elles s'est prêtée au jeu des questions.

Selon Skinner & all. (2008), dont l'étude se base sur 277 infirmières au New South Wales (Australie) pour examiner le rôle des valeurs, affects et jugements méritoires du professionnel envers les patients toxicomanes, les infirmiers attribuent aux patients un haut degré de responsabilité par rapport à leurs consommations mais relèvent d'affects majoritairement positifs.

Il a été illustré par Ford & all. (2008), dans une recherche nationale australienne, que les représentations négatives des infirmières face aux consommateurs de drogues étaient en lien avec l'éducation aux drogues et l'âge des participants. En effet, plus les années d'enregistrement du titre infirmier sont éloignées, plus les sujets avancent le fait que « la drogue est un vice ». Enfin, il est intéressant de constater que l'association de la toxicomanie et de l'hépatite C provoquerait chez les infirmiers moins d'a priori négatifs que la prise de toxique sans autre pathologie associée (Brenner & all., 2007).

Des recherches font état de représentations en majorité positives. Les participants d'une étude considèrent trouver les patients psychiatriques (dont les personnes atteintes de troubles addictifs) facilement appréciables (Munro & Baker, 2007). Malgré tout, les statistiques de cette recherche concernant aussi bien la politesse des patients, que leur dangerosité, leur propreté et leur maturité restent mitigées. Dans une autre étude, la différence de représentations entre les professionnels généralistes et les spécialistes est relevée, ces derniers ayant une plus grande confiance dans le patient toxicomane (Happell & Taylor, 2001).

4.2 Attitudes des professionnels face à la toxicomanie

Hederson & all. (2008) ont pu démontrer par leurs résultats que l'on retrouvait des attitudes de rejet, d'exclusion, de blâme ou de dévalorisation lors des interactions entre les professionnels participant à l'étude et la population toxicomane, éléments qui constituent le stigmatisme relatif à la santé. La suspicion généralisée que peut entraîner l'arrivée d'une personne toxicomane dans un service de soins somatiques engendre de grandes failles dans la communication et dans la détection des réels problèmes du patient. Les données montrent qu'une grande partie des décisions médicales sont

influencées par le jugement social défavorable des professionnels. D'ailleurs, dans une étude effectuée sur un échantillon de plus de mille sujets toxicomanes à New York, 23% d'entre eux déclarent s'être vu refuser l'accès aux soins à cause de leurs consommations de drogues (Ahern & all., 2006) et 6% des 84 participants de l'étude de Link & all. (1997) affirment avoir obtenu des refus quant à l'obtention de traitements médicamenteux. L'étude de Laughing & all. (2006) relate également des attitudes négatives puisque beaucoup de leurs sujets se disent incapables d'empathie à l'égard de ces personnes et n'en ressentent pas le désir. La majorité souhaiterait renvoyer les toxicomanes aux spécialistes. Les auteurs mettent en évidence, dans la discussion, la stigmatisation des patients consommateurs de drogues illicites par les professionnels de la santé ayant pris part à cette étude. Dans la recherche de Ford & all. (2008) réalisée sur un échantillon de 1605 infirmiers généralistes sur le territoire australien, 70% des personnes interrogées ne sont pas motivées par la prise en charge de ce type de population.

Cependant, plusieurs études montrent clairement que les infirmiers ont une grande part d'attitudes positives à l'égard de la toxicomanie. C'est le cas de la recherche de Munro & Baker (2007) qui relève 80% d'attitudes positives chez les participants infirmiers dans le secteur spécialisé en toxicomanie. L'étude de Skinner & all. (2007) démontre elle aussi que la majorité des attitudes répertoriées chez leurs sujets sont positives. D'après leurs résultats, les attitudes négatives sont corrélées à des valeurs de conservation telles que la sécurité, la tradition et le conformisme. Happel & Taylor (2001) parlent de différences d'attitudes entre les infirmiers spécialisés dans le domaine de la toxicomanie qui posent sur le consommateur un regard favorable et les infirmiers généralistes qui ont un œil plus critique envers la toxicomanie. Quant à Brener & all. (2007), ils font une distinction entre attitudes implicites (inconscientes) et explicites. Leurs résultats mettent en évidence des attitudes explicites majoritairement positives des infirmiers face à la toxicomanie mais démontrent une différence significative avec les attitudes implicites (inconscientes) qui se révèlent être plus modérées. Les représentations négatives sont liées aux attitudes positives explicites et aux attitudes implicites négatives. On peut supposer que de manière à surmonter ses représentations négatives, l'infirmier s'efforce d'adopter des attitudes explicites positives mais peut être rattrapé par ses aprioris semi-conscients sous forme d'attitudes implicites négatives.

L'augmentation de la fréquence des contacts avec les consommateurs de drogues injectables montre une augmentation des attitudes implicites négatives de la part des infirmiers. 80% des sujets de la recherche de Happell & all. (2002) pensent que la prise en charge des patients toxicomanes fait partie de leur rôle.

4.3 Représentations et attitudes des toxicomanes par rapport au personnel soignant et aux traitements

Dans la recherche de McLaughlin & all. (2000) consacrée à l'exploration des perceptions et des besoins des toxicomanes face aux soins et aux équipes de soins, 18 des vingt participants évoquent des soins de qualité dans les services spécialisés. Quand ils décrivent de mauvaises expériences, c'est pour dénoncer le manque de connaissances des infirmiers généralistes qu'ils arrivent facilement à manipuler.

« Ce que devraient faire les infirmières et les médecins, c'est éduquer les gens ; c'est comme ça que ça a marché sur moi, ça a marché sur moi. Ça m'a fait stopper, ça m'a permis de me regarder et d'arrêter et de penser, ok, je veux un peu plus que ça et je suis en train de commettre un suicide en utilisant ça tout le temps. » (un participant de l'étude).

Les sujets disent avoir ressenti le dégoût qu'ils inspiraient au personnel soignant généraliste. A défaut d'une oreille pour se confier, ils considèrent les services somatiques comme des pharmacies. En ce qui concerne l'étude de Brener & all. (2007), la majorité des attitudes implicites et explicites des patients toxicomanes interrogés à l'égard des soignants sont favorables.

Quant au traitement, les sujets de Radcliffe & Stevens (2008) expliquent qu'il est lui-même fortement associé à l'« identité junkie » et donc qu'il est particulièrement stigmatisant. Le traitement possède une valeur morale importante. Pour les personnes interrogées, il représente un handicap au maintien d'une vie « normale » puisque les substitutions doivent être prises au jour le jour. De plus, un témoignage affirme que les services de soins sont propices à la rencontre de nouvelles connaissances dans le milieu

de la drogue et empêche la reconstruction d'une « identité clean ». Les consommateurs d'héroïne expliquent également que la simple idée de se retrouver avec une certaine population criminelle dans un service de soins hospitaliers spécialisé leur fait peur et les décourage.

4.4 La perception de la stigmatisation par les personnes toxicomanes

Dans la vie de tous les jours, les personnes toxicomanes ressentent bon nombre de discriminations dûes à la stigmatisation. Link & all. (1997) relèvent que 16% de leurs sujets n'ont pas eu accès à un appartement, 24% ont reçu un salaire réduit après leur passage à l'hôpital, 6% ont perdu leur emploi, 10% se sont vu refuser un logement, 37% ont ressenti de l'évitement de la part de l'entourage et 45% des participants disent avoir heurté les sensibilités en abordant le sujet de l'hospitalisation. Les 1008 toxicomanes de la recherche de Ahern & all. (2006) pensent à 84,5% que les gens les croient dangereux, à 76,5% qu'on les considère comme de mauvaises personnes et à 84,9% que les gens les estiment indignes de confiance. Comme relaté plus haut et plus spécifiquement dans le domaine de la santé, 23% des sujets interviewés par Ahern & all. (2006) n'ont pas eu droit aux soins à cause de leurs consommations de drogues et 6% des participants de l'étude de Link & all. (1997) ont eu des refus concernant leur médication.

4.5 Attitudes des toxicomanes face aux représentations négatives et à la stigmatisation

Comme l'expliquent Link & all. (1997), lorsqu'il y a stigmatisation, les victimes développent des stratégies de coping afin d'éviter les situations devant lesquelles elles se sentent menacées. En intégrant le rejet, elles utilisent soit le mensonge, soit le non-dit et s'isolent à petits pas de la société. En effet, dans cette recherche, 50% des 84 participants toxicomanes abstinents depuis un an pensent qu'il est nécessaire de faire de son passé de drogué un secret. Jusqu'à 76% de ce même échantillon s'accordent sur le fait qu'il ne faut jamais aborder le sujet avec un employeur. Dans l'étude de McLaughlin & all. (2000), plus d'un quart des participants avouent avoir menti ou caché des informations à l'équipe de soin lors d'hospitalisations. Dans une autre recherche, 75%

des 1008 participants évitent le contact avec les gens par peur de se voir rejeter et 41% d'entre eux se protègent des situations devant lesquelles ils se sentent discriminés et s'isolent (Ahern & all., 2006). La réponse par la colère est également présente dans les différentes études (Dinos & all., 2004 / Ahern & all., 2006). Dans la dernière recherche citée, les sujets évoquent la peur de se faire hospitaliser par crainte d'être stigmatisés. C'est aussi le cas pour une grande proportion de l'échantillon de Radcliffe & Stevens (2008) qui expriment leur honte d'être définis comme des junkies suite à l'hospitalisation. Le sentiment d'infériorité et la peur des réponses négatives leur empêchent de saisir des opportunités.

4.6 Conséquences de la stigmatisation sur l'état clinique des patients toxicomanes

Selon l'étude de Dinos & all. (2004), les conséquences de la stigmatisation sur les patients ayant une affection psychiatrique seraient la colère, l'anxiété, un sentiment d'isolement, de culpabilité, d'embarras voire même de dépression. C'est effectivement ce que laisse entendre la recherche de Link & all. (1997) qui, suite à l'observation de l'évolution clinique d'un groupe de 84 hommes toxicomanes en sevrage sur la période d'une année, ont observé que 10% des symptômes dépressifs répertoriés étaient fortement corrélés à la stigmatisation. De plus, les résultats montrent que le stigmatisme a un effet constant indépendamment du traitement qui perdure dans le temps. Si les patients de cette étude n'associent pas forcément stigmatisme et dépression, ils le mettent par contre en relation avec leur mal-être.

Par rapport au rétablissement, Radcliffe & Stevens (2008) ont relevé parmi les témoignages l'importance de se voir attribuer une identité alternative, différente de celle de toxicomane pour que la personne sache se reconstruire sans l'apport du produit. Or les identités alternatives (collègue de bureau, père, ami,...), auxquelles aspirent la majorité des toxicomanes sont souvent balayées par l'identité stigmatisante. Elle creuse cruellement le fossé qui déjà les sépare de la « normalité », de par leur manque de

formation professionnelle², les maladies contractées, leurs vies sentimentales et familiales souvent dévastées (Cellier, 1999).

Les résultats de l'étude de Ahern & all. (2006) prouvent que la perception que le toxicomane a de la dévalorisation due à la stigmatisation est moins importante pour la santé que le fait d'intégrer cela comme vrai. Cette étude suggère aussi que la colère que peut ressentir la personne stigmatisée face à la discrimination influence son état mental. De même, la discrimination et l'isolement perçus sont en corrélation avec les résultats obtenus concernant la santé psychique et la santé physique principalement en ce qui concerne la nutrition.

Comme dans un des points précédents, si le fait de se faire hospitaliser engendre chez la personne toxicomane une peur de la stigmatisation telle qu'elle refuse même d'imaginer pouvoir se faire soigner (même si l'idée de stopper sa consommation est profondément ancrée), la stigmatisation a effectivement un réel impact sur le rétablissement (Dinos & all., 2004 / Radcliffe & Stevens, 2008).

4.7 Critiques par rapport à la formation des infirmiers dans le domaine de la toxicomanie.

Plusieurs remarques ont été formulées sur la formation infirmière en matière de toxicomanie. Quatre recherches parlent du manque de connaissances évident dont les infirmiers généralistes font preuve dans ce genre de prise en charge (McLaughlin & all., 2000 / Happel & all., 2002 / McLaughlin & all., 2006 / Hederson & all. 2008). Une d'entre elle s'interroge sur la pertinence de mieux former les professionnels à ce propos. Selon les auteurs, les infirmiers interrogés avaient de bonnes connaissances en matière de drogue ce qui ne les empêchaient pas d'éprouver des sentiments négatifs à l'égard des toxicomanes (Hederson et all., 2008).

² La grande majorité des usagers chroniques de drogues ont soit interrompu très tôt leur scolarité, soit ont perdu leur emploi pendant leurs années de consommation exclusive (Cellier, 1999).

5 Discussion

5.1 Critiques des recherches utilisées

Cette revue de littérature étoffée compte 13 recherches. Certaines d'entre elles montrent quelques failles méthodologiques, particulièrement concernant les informations liées à l'échantillon. Dans le travail de Dinos & all. (2004), les précisions manquent par rapport au pourcentage des pathologies présentes dans la population choisie ce qui ne nous permet pas d'être vraiment objectifs concernant la problématique de la toxicomanie. Dans les recherches de Happel & all. (2002) et Skinner & all. (2007), les données liées aux années de pratique des infirmiers de l'échantillon ne précisent pas si ces personnes ont exercé leur fonction en services somatiques ou psychiatriques ce qui pourrait facilement influencer leur perceptions de la toxicomanie.

La recherche de Hederson & all. (2008) n'intègre dans ses interviews exploratoires qu'une seule infirmière sur onze participants, ce qui est peu représentatif de la population soignante en hôpital général. Cependant, les auteurs ont au préalable observé plus d'un millier d'interactions entre soignants et personnes toxicomanes ce qui laisse supposer qu'ils ont pu être attentifs à la relation infirmiers / patients.

La plupart des études utilisées sont limitées géographiquement et regroupent des échantillons restreints (Link & all., 1997 / McLaughlin & all., 2000 / Happel & Taylor, 2001 / Happel & al, 2002 / Dinos & all., 2004 / McLaughlin & all., 2006 / Brener & all., 2007 / Munro & Baker, 2007 / Skinner & all., 2007 / Hederson & all., 2008 / Radcliffe & Stevens, 2008). La généralisation n'est donc pas applicable au regard d'une seule étude. Cependant, il est notable que de nombreux points communs se retrouvent dans ces différentes recherches, ce qui permet d'identifier certaines caractéristiques générales à travers différents continents (Europe, Amérique du Nord, Océanie). Deux études sont plus exhaustives de par leur population de plus de 1000 participants. Il s'agit de celles de Ahern & all. (2006) et de Ford & all. (2008), dont le setting est particulièrement intéressant puisqu'il touche à de nombreuses villes sur le territoire australien.

5.2 Comparaison entre les perceptions de la toxicomanie par les professionnels d'hier et d'aujourd'hui.

Afin de compléter les connaissances au sujet des représentations des professionnels, il semblait intéressant d'observer si les résultats de cette revue de littérature étoffée témoignaient d'une évolution de la pensée collective vis-à-vis de la toxicomanie. Pour ce faire, une comparaison entre notre travail et une revue de littérature réalisée par McLaughlin & Long (1996) a été menée. La pertinence de ce parallèle tient au fait que McLaughlin & Long ont utilisé des études réalisées de 1972 à 1995 et que notre revue de littérature étoffée comprend des recherches dont les dates varient entre 1997 et 2008. Cela représente plus d'une génération d'écart entre certaines études.

5.2.1 Éléments de comparaison tirés de la revue de littérature de McLaughlin & Long (1996).

McLaughlin et Long soulignent que la majorité des professionnels de la santé et notamment des infirmiers interrogés dans les différentes études analysées possèdent des perceptions négatives au sujet des utilisateurs de drogues illicites (Romney & Bynner, 1972 / Knox, 1976 / Biener, 1983 / Chappel & al, 1985 / Cohen & all. 1992). Les auteurs relèvent que selon Melby & all. (1992), 85% des infirmiers s'entendent sur le fait que les utilisateurs de drogues constituent un danger pour la société. 37% estiment que des peines de prison devraient être imposées aux toxicomanes. Dans la recherche de Moodley Kunnie (1988), il a été mis en avant que l'usage de drogue est associé à une faiblesse de la personnalité et à un défaut de caractère. On y parle d'expériences défavorables et ingrates avec peu d'optimisme quant aux perspectives de changements des usagers.

Selon de nombreux chercheurs présents dans cette revue, les représentations négatives de la toxicomanie dépendraient du type de drogue. En effet, la cocaïne et l'héroïne sont considérées comme les drogues illicites les plus dangereuses entraînant de la peur (Romney & Bynner, 1972 / Seivewright, 1990 / Crundall, 1992 / Solari-Twadell, 1992 /

Schulz, 1993), à l'inverse des amphétamines, du cannabis, de l'ecstasy et du LSD qui sont regardées beaucoup moins sévèrement (Romney & Bynner, 1972 / Preston, 1992 / Patterson, 1994).

Les auteurs expliquent que d'après Romney & Bynner (1972), une partie de la responsabilité de ces images péjoratives revient à la littérature scientifique. En effet, ces derniers ont découvert que la littérature clinique décrivait les patients atteints de troubles addictifs comme immatures, impulsifs, nerveux, enclins à la criminalité et psychopathes. Ces visions négatives auraient un fort impact sur les représentations des professionnels de la santé qui s'y fient.

Selon d'autres auteurs cités, les professionnels de la santé, par leur vision négative, entraveraient de manière inconsciente le rétablissement de leurs patients toxicomanes en donnant des soins inappropriés sans tenir compte des besoins et des ressources individuels (Soverow & all. 1972, Beauvais & all. 1991, Gorman & Morris, 1991). Dans la même logique, Shuttleworth (1994) et Anderson (1994) affirment qu'en ayant une image négative des consommateurs de drogues, la société les pousse à adopter des comportements criminels.

Par rapport à l'éducation des infirmiers en matière de toxicomanie, Bell & all. (1990) font déjà état d'une formation insuffisante chez les généralistes.

5.2.1.1 Parallèle entre les deux revues de littérature

Comme constaté dans le point précédent, les représentations sociales de la toxicomanie par les infirmiers restent négatives malgré les quelques décennies séparant les recherches. Il semblait intéressant de comparer les différents termes attribués aux personnes toxicomanes par les soignants d'hier et d'aujourd'hui. Dans la revue de littérature de McLaughlin & Long (1996), on les décrit comme dangereux, coupables, faibles, immatures, impulsifs, nerveux, enclins à la criminalité et psychopathes. Dans les recherches analysées dans notre revue de littérature, ils sont qualifiés d'intelligents

mais manipulateurs, de peu fiables, de laxistes, de diables incarnés en état de manque. Ils sont considérés comme responsables de leur situation. Ils sont encore définis comme agressifs, trop demandeurs et simulateurs, sans compter que leurs comportements sont dégradants. Ces termes ont été en majorité formulés par des infirmiers généralistes.

Comme dans notre travail, McLaughlin & Long mettent en évidence l'impact des représentations négatives des professionnels sur le rétablissement des patients. En effet, la non prise en compte de la personne dans sa globalité engendrerait des attitudes de négligence. La remise en question de la formation infirmière concernant la toxicomanie est aussi évoquée.

Comme il n'est pas précisé dans la revue de littérature de McLaughlin & Long si les auteurs choisis ont interrogé des infirmiers généralistes ou spécialisés, il est difficile de comparer les résultats de manière très objective. Quoiqu'il en soit, certaines recherches de notre revue soulignent tout de même une grande part d'attitudes positives chez les infirmiers par rapport aux consommateurs de drogues (Happell & Taylor, 2001 / Happell & all., 2002 / Brener & all., 2007 / Munro & Baker, 2007). Ceci n'apparaît pas dans les résultats de la revue de 1996.

5.3 Mise en lien des résultats avec les théories de l'Interactionnisme symbolique.

Nous continuerons notre analyse par la mise en lien de nos résultats avec les théories de référence citées en première partie de travail. Si l'on analyse de plus près les auteurs de l'interactionnisme symbolique, chacun évoque l'influence du regard des tiers sur l'individu. Ce regard peut, dans une certaine mesure, être dévastateur selon le « théorème de Thomas ». En effet, les représentations négatives peuvent entraîner des conséquences importantes. Dans la théorie de la stigmatisation de Goffman et celle de l'étiquetage de Becker, le rétablissement d'une personne malade jugée anormale serait fortement compromis.

Comme expliqué par Ponsar & Vibert (2003), les infirmiers peuvent être considérés comme des figures d'autorité d'autant qu'ils portent, comme les médecins, cette fameuse « blouse blanche », vêtement connu pour son caractère intimidant. Les expériences de Rosenthal démontre que les professionnels influencent facilement les sujets dominés et vulnérables. Dans nos résultats, il est prouvé que les patients, face à la discrimination, ressentent un sentiment d'infériorité (Dinos & all., 2004). Les données d'une recherche montrent qu'une grande partie des décisions médicales sont influencées par le jugement social défavorable des professionnels (Hederson & all., 2008). Ceci met en évidence que la stigmatisation empêche la co-construction d'une prise en charge avec le patient et fait diverger les objectifs.

Dans leur recherche, Dinos & all. (2004) relèvent que les toxicomanes vivent plus fréquemment des expériences discriminatoires que les autres patients hospitalisés en psychiatrie. Ils ont prouvé que la stigmatisation entraînait la colère, la dépression, la crainte, l'anxiété, un sentiment d'isolement, de culpabilité, d'embarras, une barrière dans le rétablissement et dans la demande d'aide. La peur des réponses négatives les empêche de saisir des opportunités. De plus, le stigmaté aurait un fort impact sur la continuité des symptômes dépressifs. Les patients expriment un mal-être face au regard que la société porte sur eux (Link & all., 1997). Dans une étude, 85% des participants toxicomanes se sentent isolés, 75% fuient les gens, 41% d'entre eux évitent les situations devant lesquelles ils se sentent discriminés et 44% ressentent de la colère face à la stigmatisation. Les résultats de cette recherche montrent que la discrimination et l'isolement ont un fort impact sur la santé mentale et la santé physique, notamment sur la nutrition. Quant au traitement, il serait fortement lié à l'identité « junkie » et de ce fait, découragerait les patients enclins au changement (Radcliffe & Stevens, 2008).

Dans la théorie de Becker, l'étiquetage de déviance psychiatrique se manifeste par la réduction de la personne à sa maladie. C'est précisément ce qui est décrit dans l'étude de Radcliffe & Stevens (2008). En effet, les personnes interrogées disent ressentir le besoin d'avoir une identité alternative (celle de père, de collègue et autre) pour se sortir de la toxicomanie. Or l'« identité junkie » prime souvent sur les autres. Becker parle également de mise sous contrôle de la vie privée, de déshumanisation (explicitée dans les résultats sous les termes de « diables incarnés », Hederson & all., 2008), d'altération

de l'estime de soi et de risque de non rémission. Les résultats du paragraphe précédent vont dans ce sens.

Compte tenu de ces informations, il apparaît que la stigmatisation et l'étiquetage jouent un rôle très important sur l'état clinique des patients toxicomanes. Selon Dinos & all. (2004), l'acceptation du regard négatif peut amener le patient à croire qu'il est incapable de vivre sa vie de manière indépendante. C'est là un bel exemple de prédiction créatrice ! D'ailleurs, le « Théorème de Thomas » peut donner lieu à plusieurs hypothèses à la lumière de nos résultats :

- Basée sur le fait que les soignants manquent de confiance envers les toxicomanes et les définissent comme immatures (Link & all., 1997 / McLaughlin & all., 2006 / Hederson & all., 2008), le postulat est le suivante : si les soignants attribuent aux patients toxicomanes une incapacité à s'impliquer dans leur guérison, il est fort possible que ces derniers n'y arrivent effectivement pas. Le malaise et les symptômes dépressifs liés à la stigmatisation pourraient expliquer ceci en partie.
- les soignants ne font pas confiance aux patients toxicomanes qui, en ne se sentant pas soutenus (McLaughlin & all., 2000), cachent des informations pour éviter d'être discriminés (Link & all., 1997). C'est un peu le principe du serpent qui se mord la queue.
- Les soignants projettent sur les patients toxicomanes leur propre agressivité (la stigmatisation étant une forme d'agression à l'intégrité), d'autant que les soignants peuvent se voir renvoyer leurs propres expériences addictives ou celles de leurs proches. En réponse, les patients ressentent de la colère (Dinos & all., 2004 / Radcliffe & Stevens, 2008) et deviennent eux-mêmes agressifs.

Bien évidemment, ces hypothèses sont simples et ne prennent pas en compte tous les facteurs influençant les situations de soins (conséquence de la drogue elle-même sur le comportement du patient, la dotation du personnel dans les unités de soins,...). Cependant, elles ne semblent pas totalement dénuées d'intérêt.

Enfin et en réponse à la question de recherche, cette analyse montre bel et bien que les représentations négatives des infirmiers par rapport à la toxicomanie ont un impact réel sur l'évolution clinique des patients consommateurs de drogues.

5.4 Pertinence de cette étude pour la profession infirmière

Cette recherche prouve que les représentations négatives des infirmiers envers la toxicomanie sont encore bien présentes à l'heure actuelle. Elle démontre aussi que ces représentations ont un impact perceptible sur l'évolution clinique des patients. La profession infirmière est directement concernée par ce point et devrait s'en inquiéter en vue de faciliter la relation soignants / patients toxicomanes. Ceci permettrait d'améliorer les prises en charge relatives à la toxicomanie et de favoriser l'évolution de ces patients vers un mode de vie exempt de risques en vue de leur réintégration complète dans leur vie familiale, professionnelle et sociale.

5.5 Perspectives pour la profession infirmière

Cité par plusieurs études, le manque de formation concernant la toxicomanie chez les infirmiers généralistes empêcherait une prise en charge adéquate des patients consommateurs de drogues. Aussi, une plus grande prise en compte de cette pathologie dans le cursus scolaire infirmier permettrait d'acquérir des compétences dans ce domaine et de réduire les représentations sociales négatives des futurs professionnels. Reconnaître les patients toxicomanes comme étant des personnes dignes de soins au même titre que tout autre malade diminuerait leur marginalisation. Ce genre de démarche ne devrait pas se limiter aux étudiants mais devrait également s'appliquer aux infirmiers du terrain (généralistes et spécialistes) par la possibilité de formations continues axées sur la toxicomanie, ceci en vue de contrecarrer l'installation de préjugés.

Une plus grande collaboration entre infirmiers généralistes et spécialistes offrirait la possibilité d'échanger au sujet de la toxicomanie et de trouver des solutions adaptées

aux prises en charge. Ceci permettrait également de mettre en évidence les difficultés relatives aux différents services de soins somatiques ou psychiatriques.

5.6 Limitations

La totalité des recherches utilisées proviennent de pays anglophones. Il n'a été recensé aucune étude suisse (publiée et reconnue) dans ce travail. Il aurait été intéressant de prendre connaissance des représentations sociales liées à la toxicomanie dans notre pays étant donné qu'elles sont largement forgées par la culture environnante.

Le problème lié à la traduction des recherches dans des langues autres que l'anglais et le français a réduit le champ de sélection des écrits. De plus, la compréhension approximative de la langue anglaise a peut-être donné lieu à quelques erreurs d'interprétation.

Nos représentations personnelles de la toxicomanie peuvent avoir influencées nos propres attentes de ce travail. En effet, le choix des études utilisées ainsi que les points développés ont été choisis en rapport à l'hypothèse définie dans la problématique. Notre subjectivité est à prendre en compte dans la réalisation de ce bachelor thesis.

Conclusion

Ce travail met en évidence que les infirmiers ont une vision relativement négative du patient toxicomane. Malgré tout, plusieurs recherches parlent d'attitudes majoritairement positives de la part des soignants à leur égard. Ce travail a permis d'identifier les conséquences des représentations sociales négatives des infirmiers sur les patients toxicomanes. En réponse à la question de recherche, les représentations sociales négatives ont effectivement un impact sur l'évolution de l'état clinique du patient. De nombreuses études soulignent que la stigmatisation des consommateurs de drogue empêcherait leur rétablissement notamment en contribuant à renforcer leurs symptômes dépressifs et leur isolement.

La comparaison de nos résultats avec ceux d'une revue de littérature datant de 1996 a révélé que les aprioris négatifs des infirmiers vis-à-vis de l'utilisateur de drogue n'ont pas beaucoup évolués depuis ces quelques décennies. Cependant, les attitudes principalement positives des infirmiers face aux toxicomanes ont permis de montrer l'évolution du comportement des soignants dans leurs prises en charge.

Notre recherche fait état d'un manque de connaissances chez les infirmiers généralistes au sujet de la toxicomanie. Au regard de nos résultats, il serait pertinent de se poser la question d'une plus grande prise en compte de cette pathologie dans la formation infirmière.

Bibliographie

Livres :

- Bérubé, L. (1991). *Terminologie de neuropsychiatrie et de neurologie du comportement*. Paris : Editions de la Chenelière Inc.
- Caballero, F. (1989). *Droit de la Drogue*. Paris : Dalloz.
- Delacampagne C. (1992). *Antipsychiatrie ou les Voies du sacré*. Paris : Grasset.
- De Quieros, J.M. Ziolkowski, M. (1994). *L'interactionnisme symbolique*. Rennes : Presse universitaire de Rennes.
- Durkheim, E. (1991). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris : Le livre de poche.
- Goffman, E. (1973). *Mise en Scène de la Vie quotidienne. 1. La Présentation de soi*. Les Editions de Minuit. Paris. page 33.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Editions de Minuit
- Jodelet, D. (1997). *Représentation sociale : Phénomènes, Concept et Théorie, en Psychologie sociale*. Sous la direction de S. Moscovici. Paris : PUF.
- Jung, C.G. (1971). *Psychological types*. Princeton : Bollingen series 20
- Leyens, J.-P. , Yzerbyt, V. (2002). *Psychologie sociale*. Sprimont (Belgique) : Mardaga.
- Lowenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B., Hefez, S. (1995). *Collection conduites. La Méthadone et les Traitements de substitution*. Paris : Doin Editeur.
- Lowenstein, W., Tarot, J.-P., Phan, O., Simon, P. (2005). *Les drogues. Cannabis, cocaïne, crack, ecstasy, héroïne*. Paris : Librio.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : PUF.
- Merton, R.K. (1997). *Eléments de Théorie et de méthode sociologique*. Paris : Armand Colin.
- Thalmann, Y.A (2002). *Mieux communiquer, ça vous dit ?* Grolley : les Editions de l'Ebes.

Articles :

- Ahern, J., Stuber, J., Galea, S. (2007 May). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend.* 11;88(2-3):188-96.
- Anderson, M. (2003). "One flew over the psychiatric unit" : mental illness and the media. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 297-306.
- Brener L, von Hippel W, Kippax S. (2007). Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C: does greater contact lead to less prejudice? *Int J Drug Policy*. Oct;18(5):381-7.
- Carroll, J. (1995). Gear future training to practionners'needs. Attitudes towards intravenous drug users. *Professional Nurse*, 10, 215-219.
- Crawford, P., Brown, B. (2002). "Like a friend going round": refucing the stigma attached to mental healthcare in rural communities. *Health and Social Care in the Community*, 10, p. 229-238.
- Cellier, C. (1999). *Combat de Coke*. Thèse de diplôme en sociologie. Paris : Université de
- Denzin, K.D., Spitzer, S.P. (1968). Paths to the mental hospital and staff predictions of patient role behavior. *Journal of Health and Human Behaviors*, 7, 265-271.
- Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma (2004 Feb). The feelings and experiences of 46 people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 184 : 176-81.
- Ford R, Bammer G, Becker N. (2008 Sep). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *J. Clin. Nurs.*;17(18):2452-62.
- Happell, B., Carta, B., Pinikahana, J. (2002 Dec). Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: a questionnaire survey. *Nurs Health Sci.*;4(4):193-200.
- Happell, B., Taylor, C. (2001 Jun). Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems: finding the elusive solution. *Aust N Z J Ment Health Nurs.*; 10(2):87-96.
- Henderson, S., Stacey, C.L., Dohan, D. (2008). Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department. *J Health Care Poor Underserved*. Nov;19(4):1336-49.

- Kelleher, S. (2007 Jul). Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accid Emerg Nurs.*;15(3):161-5.
- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and social Behavior*, Vol. 38 (June) : 177-190.
- McLaughlin, D.F., Long, A. (1996). An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 283-288.
 - Beauvais, F., Spooner, S., Oetting, E.R. (1991). The role of the psychologist on the drug user treatment team. *The International Journal of th Addictions*, 26(11), 131-136.
 - Bell, G., Cohen, J., Cremona, A. (1990). How willing are general practioners to manage narcotic misuse? *Health Trends*, 22(2), 56-57.
 - Biener, L. (1983). Perceptions of patients by emergency room staff : substance-abusers versus non-substance-abusers. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 264-275.
 - Chappel, J.N., Veach, T.L., Krug, R.S. (1985). The substance avuse attitude survey : an instrument for measuring attitudes. *Journal of Studies on Alcohol*, 46(1), 48-52.
 - Cohen, J., Schamroth, A., Nazareth, I., Johnson, M., Graham, S. & Thomson, D. (1992). Problem drug use in a central London general practice. *British Medical Journal*, 304(6835), 1158-1160.
 - Crundall, I.A. (1992). Student perceptions of the danger use : a factor analysis. *Journal of Drug Education*, 22(2), 147-153.
 - Gorman, M., Morris, A. (1991). Developing clinical expertise in the care of addicted patients in acute care settings. *Journal of Professional Nursing*, 7(4), 246-254.
 - Knox, W.J. (1976). Attitudes of psychologists towards drug abusers. *Journal of Clinical Psychology*, 32(1), 179-188.
 - Melby, V., Boore, J.R.P., Murray, J. (1992). Acquired Immunodeficiency Syndrome : knowledge and attitudes of nurses

- in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 17(9), 1068-1077.
- Moodley Kunnie, T (1988). Attitudes and perceptions of health professionals toward substance use disorders and substance-dependent individuals. *The International Journal of the Addictions*, 23(5), 469-475.
 - Patterson, D. (1994). Dealing with drug misuse in Northern Ireland. *Drug Prevention News*, Jul 4-5.
 - Preston, A. (1992). Substance abuse pointing out the risk. *Nursing Times*, 88, 25, Mar 24-26.
 - Romney, D., Bynner, J. (1972). Drug Addicts as Perceived by Hospital Staff. *British Journal of Social and Clinical psychology*, 11(1), 20-34.
 - Schulz, J.E. (1993). Illicit drugs of abuse. *Substance Abuse*, 20(1), 221-223.
 - Seivewright, N. (1990). Treatment and outcome of drug dependence. *Curent Opinion in Psychiatry*, 3(3), 403-407.
 - Solari-Twadell, P.A. (1992). Recreational drugs : sociaetal and professional issue. *Addictions Nursing Network*, 4(1), 2-9.
 - Soverow, G., Rosenberg, C.M, Ferneau, E. (1972). Attitudes towards drug and alcohol addictin : patients and staff. *British Journal of Addiction*, 67(3), 195-198.
- McLaughlin, D.F, McKenna, H., Leslie, J.C. (2000). The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care staff and the care they receive. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 435-441.
 - McLaughlin, D., McKenna, H., Leslie, J., Moore, K., Robinson, J. (2006). Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals. *Journal or Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 682-686.
 - Melby, V., Boore, J.R.P., Murray, M. (1992). Acquired immunodeficiency syndrome : Knowledge and attitudes of nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1068-1077.
 - Moodley-Kunnie, T. (1988). Attitudes and perceptions of health professions toward substance use disorders and substance-dependent individuals. *The Interantional Journal of the Addictions*, 23, 469-475.

- Munro, S., Baker, J.A. (2007). Surveying the attitudes of acute mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 14, 196-202.
- Ponsar, C., Vibert, M. (2003). Soignants en situation d'éducation. *Enfance & PSY*, 2 (22), 125-129.
- Radcliffe P, Stevens A. (2008 Oct.). Are drug treatment services only for 'thieving junkie scumbags'? Drug users and the management of stigmatised identities. *Soc Sci Med*, 67 (7) : 1065-73.
- Robinson, T., Berridge, K. (2002). *Addiction*. Annual Review of Psychologie. 54. 25-53.
- Startorius, N. (2002). Editorial. Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical journal*. 324, 1470-1471-
- Trouilloud, D., Sarrazin, P. (2003). *Les connaissances actuelles sur l'effet Pygmalion : processus, poids et modulateur*. Revue française de Pédagogie. 145, p. 89-119

Sites internet :

- Brohée Jean Paul (2008). Assuétude et Pharmacie. Drogues, dépendance et dopamine. [page WEB]. Accès : <http://users.skynet.be/toxicomanie/dopamine.htm> (page consultée le 13 février 2009).
- Derby, M. (2000). *L'apprentissage vicariant de Bandura (1963)*. *Syllabus de Psychologie de la Personnalité*. P.86-91. [page WEB]. Accès : <http://www.gate.cnrs.fr/~zeiliger/nestor/D-p3.htm> (page consultée le 17 juin 2008)
- Lacaze, L. (2006). Le stigmate au miroir de l'estime de soi : Le cas du désordre mental face à l'étiquetage psychiatrique. Université de Lyon 2 : les thèses électroniques. [page WEB]. Accès : http://demeter.univ-lyon2.fr/sdx/theses/notice.xsp?id=lyon2.2006.lacaze_1-principal&id_doc=lyon2.2006.lacaze_1&isid=lyon2.2006.lacaze_1&base=documents&dn=1. (page consultée le 15 février 2009).
- Martin Sanchez, M.-O. (s.d.). *Concept de représentation sociale*. [page WEB]. Accès : http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html (page consultée le 16 juin 2008).

- Office fédéral de la statistique (2009). Dénonciations - Analyses Délinquance liée aux stupéfiants. [page WEB]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/the men/19/03/02/dos/01.html>. (page consultée le 11 mai 2009).
- OMS (2009). *Management of Substance Abuse : Facts and Figures*. [page WEB]. Accès : http://www.who.int/substance_abuse/facts/en (page consultée le 12 juin, 2009).
- Wikipedia foundation (10 juin 2008). *Attitude (psychology)*. [page WEB]. Accès : [http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Attitude_(psychology)). (page consultée le 17 juin 2008).
- Wikipedia foundation (6 juin 2008). *Le comportement*. [page WEB]. Accès : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Comportement>. (page consultée le 17 juin 2008).

Travail d'initiation à la pensée scientifique

- Bovet, L., Raboud, C. (2004). *En tant qu'infirmière dans un service de soins aigus, comment prendre en compte la problématique de dépendance dans la prise en charge de patients toxicomanes*. Ecole du personnel soignant : Fribourg.

Annexes :

Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même,
conformément aux directives.

Les références utilisées dans le travail
sont nommées et clairement identifiées.

Annexe 1.

1. The perceptions and aspirations illicit drug users hold toward health care staff and the care they receive

| Auteurs/Année | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H | Cadre de référence |
|--|---|---|--|--|
| McLaughlin, D.F., McKenna, H., Leslie, J.C. (2000) | Recherche qualitative | 20 personnes toxicomanes en Irlande du Nord avec comme critères d'inclusion : <ul style="list-style-type: none"> - définis comme consommateurs de drogues illicites - 18 ans révolus - connu pour des problèmes de dépendance - volontaire - aucun lien avec les chercheurs - acceptant la récolte de données en groupe. Détails démographiques : <ul style="list-style-type: none"> - 13 viennent du secteur volontaire - 13 hommes / 7 femmes - 12 ont 30 ans et plus et l'ensemble des participants se trouve entre 18 et 54 ans. Moyenne 31 ans. - 2 travaillent à 100% - 13 célibataires, 2 mariés, 5 divorcés ou séparés. | Explorer les perceptions et les besoins des toxicomanes face aux soins et équipes de soins afin d'obtenir des données pour d'éventuelles futures recherches. | Les auteurs se basent sur des études qualitatives réalisées sur les expériences et les besoins des toxicomanes par rapport aux traitements et aux équipes soignantes. Les récoltes de données de ces recherches furent élaborées sur base de questionnaires ou d'interview structurés. (Gossop & all. (1982), Bennett & Plant (1990), Telfer & Clulow (1990)). |
| Méthodes de collecte | Méthodes d'analyse | Résultats | | Discussion et Conclusions |
| Récolte de données par groupes de réflexion car favoriserait l'expression de la nature des gens. Un projet pilote a été mené avant la séance officielle de récolte de données. Les questions furent corrigées. Lors de l'entretien officiel, les questions sont ouvertes et posées selon l'interaction du groupe. Semi-directif. | La discussion a été enregistrée sur dictaphone. Les chercheurs ont laissé passer quelques semaines avant de tout retranscrire de manière à prendre du recul face aux infos. | 18 participants évoquent des soins de qualité et des traitements appropriés dans les services spécialisés. Les mauvaises expériences sont avec des généralistes. Ils parlent de facilité avec laquelle ils arrivent à manipuler le personnel non-spécialisé en profitant de son manque de connaissances pour recevoir des prescriptions médicamenteuses. Les 30 approuvent qu'il est très difficile pour les équipes de soins de négocier avec eux. Ils se rendent compte de la difficulté qu'ils posent aux équipes de soins. 6 participants admettent avoir menti ou caché des informations à l'équipe de soins. Le personnel soignant est reconnu comme étant souvent utilisé comme « pharmacie » à défaut d'une oreille attentive. Les participants reconnaissent que ceci n'est pas approprié. | | Les personnes interrogées disent avoir ressenti du dégoût à leur égard de la part du personnel soignant généraliste. Elles reconnaissent les difficultés qu'elles posent aux équipes de soins. Les ¾ des personnes du groupe reconnaissent avoir manipulé ou menti aux équipes de soins. Le manque de savoir concernant les drogues est souvent relevé. Limitation : la recherche porte sur un petit nombre de participants, difficulté liée aux caractères dominés et dominants des participants. |

2. Illicit drug users in Northern Ireland : perceptions and experiences of health and social care professionals.

| Auteurs/Année | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|--|--|--|---|--|
| McLaughlin, D, McKenna, H., Leslie, J., Moore, K, Robinson, J. (2006) | Recherche qualitative. | 35 professionnels en Irlande du Nord: - 9 infirmières généralistes -16 médecins généralistes -4 visiteurs -3 pharmaciens - 1 assistant social - 1 promoteur de santé - 1 manager Les participants ont tous une expérience avec les toxicomanes. Ils sont volontaires pour l'étude et acceptent d'être enregistrés. | Explorer les perceptions de s professionnels de la santé et du social qui s'occupent de toxicomanes en Irlande du Nord. | La recherche se base sur une étude ayant été faite en 2000 par une partie des mêmes auteurs (présentée ci-dessus). |
| Méthodes de collecte | Méthodes d'analyse | Résultats | Discussion et Conclusions | |
| Entretiens de groupe (6 groupes différents) ou individuels (pour 2 médecins et 1 visiteur indisponibles pour l'entretien de groupe) semi-directif. Utilisation de questions fermées et ouvertes. | Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone et retranscrits en utilisant le guide Burnard (1991). Les questions posées aux participants ont servies à organiser la structure de la thématique. | Le thème central de la discussion porte sur le fait que beaucoup de professionnels n'ont pas envie de s'investir dans le traitement de clients toxicomanes. Une infirmière parle de patients intelligents et manipulateurs. C'est l'avis de la majorité. Un médecin relativise et parle d'un manque de connaissances. Les autres professionnels ont peur d'être formés dans ce domaine car en devenant des spécialistes, ils attireraient ce type de population. La plupart des professionnels a des attentes négatives et disent se sentir abattus par la prise en charge d'un toxicomane. Pourtant, un participant relève la réussite de sevrage avec certains patients toxicomanes. Avis divisés entre répartition des soins entre généralistes et spécialistes ou prise en charge seulement spécialisée. | Vision négative sur la population toxicomane par la majorité des protagonistes. Beaucoup de participants se disent incapables d'empathie à l'égard de ces personnes et n'en ressentent pas le désir. Une évidence qui ressort de cette étude est que les professionnels de la santé stigmatisent la population toxicomane. Peu de connaissance au sujet de la toxicomanie. Les protagonistes montrent un grand pessimisme vis-à-vis de cette clientèle. La majorité souhaiterait renvoyer les toxicomanes aux spécialistes pour ne pas avoir à s'en occuper. Une minorité n'adhère pas à ces idées. Limitations : - Les biais des entretiens de groupe sont la peur du jugement de l'autre, les caractères dominants ou dominés. - difficulté avec les groupe de parole de garantir l'anonymat et le secret. - La recherche n'est pas généralisable au pays ou au monde de par son devis qualitatif et la petite proportion de gens y ayant participé. | |

3. Paths to the mental hospital and staff predictions of patient role behavior.

| Auteurs/Année | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|---|-----------------------|---|--|--|
| Norman, K, Spitzer, D., Spitzer, S.P. (1966) | Recherche qualitative | 66 infirmières et aides en psychiatrie dans une université et dans un hôpital universitaire (pas de précision sur la ville ni le pays bien qu'on imagine que la recherche a été conduite au USA). | Définir si le mode d'entrée des patients en psychiatrie influence la perception des infirmières. Hypothèse : les patients adressés à l'hôpital par eux-mêmes ou par un groupe primaire seront perçus de manière plus favorable que s'ils ont été adressé par un groupe secondaire. | Prophétie auto-réalisatrice de Merton, le rôle de malade de Parson L'étude se base sur un questionnaire préétabli par les mêmes auteurs. |
| Méthodes de collecte | | Méthodes d'analyse | Résultats | Discussion et Conclusions |
| <p>Une première récolte de donnée a été faite pour poser les items du questionnaire de l'étude. 50 infirmières ont dû définir des adjectifs correspondants à leur vision du patient idéal. 18 couples d'adjectifs opposés ont été retenus.</p> <p>La recherche se base sur un questionnaire. 4 variables sont définies : entrée volontaire (soi ou conseil familial) / entrée involontaire (famille) / entrée volontaire conseil communautaire) / entrée non volontaire (communauté). Les personnes interrogées mesurent l'hypothétique conformité du patient selon son mode d'entrée en utilisant les adjectifs proposés. Un score est fixé entre 7 points (non-conformité probable) et 42 points (conformité probable maximale). Il est également question de la présentation de la personne à son entrée (fonction de sa classe sociale)</p> | | <p>Dépouillement des questionnaires.</p> | <p>Le score de conformité est noté beaucoup plus haut chez les patients volontaires que chez les involontaires. Il y a une interaction entre le rôle hospitalier et la source de décision de traitement mais beaucoup plus significatif chez les infirmières que chez les aides. La difficulté de l'étude était de savoir si les représentations des soignants étaient biaisées par la classe sociale du patient. En effet, si le patient fait partie d'une classe sociale inférieure, il se peut que le personnel soignant fasse un nombre de prédictions sur ses attitudes et comportements : dangereux, violent, comportement irresponsable. Or les résultats concernant la prise en compte de la classe social n'a pas été significatif dans l'étude. Comme prévu, le score de conformité et de présentation de soi et plus haut chez les patients en entrée volontaire. De même, le score est plus élevé quand le patient est adressé à l'hôpital par sa famille (groupe primaire) plutôt que par une instance communautaire (groupe secondaire).</p> | <p>Dans la discussion, les auteurs parlent du rôle de malade élaboré par Parsons. Il y a selon lui des normes institutionnelles associées à la personne malade : il est exempt temporairement de son rôle social normal et n'a perd ses responsabilités, le patient doit obligatoirement adhérer au traitement, le patient est obligé de coopérer avec l'instance d'aide. Le rôle du malade ne peut correspondre selon l'étude qu'au type d'entrée volontaire (adressé par soi ou par la famille). Toutefois, le patient plus traditionnel de psychiatrie arrivé en entrée non-volontaire n'est pas systématiquement vu comme non conformiste.</p> <p>Limitations : le caractère subjectif des réponses lié à des expériences de travail personnel.</p> |

4. On stigma and its consequences : evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse.

| Auteurs/Année | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|--|---|---|--|---|
| Link, B.G, Struening, E.L., Rahav, M., Phelan, JoC., Nuttbrock, L. (1997). | Etude qualitative | 84 hommes de New York qui ont suivi une année de traitement pour un sevrage. 48 viennent de structures thérapeutiques, 36 de structures communautaires. 63% sont afro-américains, 23% sont hispaniques et 14 % sont blancs ou autres. L'âge moyen est de 34 ans. 58% ont un double diagnostic de schizophrénie et 14% de trouble bipolaire ou dépression majeure. | Vérifier la continuité du stigma dans le temps et si le rejet peut avoir une influence sur les symptômes dépressifs. Concepts : l'abus de substance, la dépression, le diagnostic, le stigmaté. | La stigmatisation de Goffman |
| Méthodes de collecte | Méthodes d'analyse | Résultats | | Discussion et Conclusions |
| Un questionnaire demandant aux participants de se positionner face à des stéréotypes. 7 items concernent la drogue, 8 le statut de malade mental, 6 l'expérience de rejet, 6 le rejet du statut du malade mental, 8 sur les stratégies de coping en lien avec le mensonge et les « non-dit » et 4 sur les stratégies de recherches de travail (car va induire un rejet). Un premier questionnaire a été fait au début d'hospitalisation et un second après une année d'abstinence. Variables de contrôle : l'abus de substance, les relations sociales, les symptômes psychiatriques. Les variables indépendantes : symptômes dépressifs. | Utilisation du GAF: Global Assessment of functioning Utilisation du CES-D comprenant 20 items pour l'évaluation des symptômes dépressifs et Utilisation du BPRS : un interview semi-directif contenant 19 items dont 9 sur les symptômes psychiatriques (l'anxiété, les hallucinations,...), 9 sur le comportement (retrait émotionnel, retard moteur,...) chacun étant noté de 1 à 7. | Les rechutes sont plus présentes dans les lieux de résidence qu'en milieu thérapeutique. Les traitements des patients ont évolué et agissent sur des symptômes psychotiques, bipolaires et GAF (correspond à l'axe V du DSM-4). Le CEF-D (test pour évaluer les symptômes dépressifs) décline moins en lieu de résidence qu'en milieu thérapeutique. Des améliorations de l'état dépressif sont apparues mais il est impossible de déterminer si elles sont dues aux traitements ou à une rémission spontanée. La majorité des participants pensent que le stigmaté agit sur la manière dont on les regarde, sur l'engagement par des employeurs, sur le fait que les jeunes femmes refusent de les épouser. La recherche prouve qu'un double diagnostic crée la discrimination. 6% avoue s'être vu refuser un traitement médicamenteux, 16% un appartement, 24% ont reçu un salaire plus bas à cause de leurs passages à l'hôpital, 6% ont perdu leurs jobs, 10% se sont vu refuser un logement, 6% disent ne jamais avoir ressenti de rejet. 37% ont ressenti de l'évitement, 45% ont heurté les sensibilités en parlant de leurs hospitalisations. 70% rapportent 4 formes de rejet. 50% pensent qu'il est bien de faire de son passé de drogué un secret. 76% pensent qu'il ne faut jamais aborder son passé de toxicomane avec un employeur. Les participants parlent d'une association stigma-mal être plutôt que stigma-dépression. Le stigmaté a un relatif fort impact sur la continuité des symptômes dépressifs (10% concernés). Les résultats montrent que le stigma te a un effet constant indépendamment du traitement et de son effet sur les symptômes. | | Importance de l'influence durable du stigmaté sur les symptômes dépressifs. Selon les auteurs, si les professionnels de la santé veulent optimiser la qualité de vie des patients ils doivent considérer le stigma comme un facteur important. Limitations : non prise en compte des variables de contrôle concernant le nombre d'années de consommation, l'ethnie, l'éducation. |

5. Stigma : the feelings and experiences of 46 people with mental illness

| Auteurs/Année | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|---|--|--|---|--|
| Dinos, S., Scott, S., Serfaty, M., Weich, S., King, M. (2004). | Recherche qualitative | 46 personnes avec différents diagnostics psychiatriques, âges, sexes, ethnies provenant de centres de jour, de centre de crise et d'hôpitaux du nord de Londres. | Décrire la relation entre le stigmate et la maladie mentale, le diagnostic psychiatrique, le traitement et la conséquence de ces éléments sur l'individu. | La stigmatisation de Goffman, la prophétie auto-réalisatrice de Merton (le stigma défini les gens par beaucoup de caractéristiques distinctives et les dévalue dans leur conséquences). |
| Méthodes de collecte | Méthodes d'analyse | Résultats | | Discussion et Conclusions |
| <p>Les chercheurs ont formé deux usagers de soins psychiatriques à la recherche qualitative et aux interviews narratifs de manière à ce qu'ils mènent les entretiens. Cette méthode pour faciliter l'accès aux aspects clés de l'identité des participants et de leur expériences de détresse mentale. Chaque interview dure 45min et débute par la description de l'histoire de la maladie puis les participants sont interrogés sur les problèmes rencontrés dans le travail et la vie privée en rapport à la maladie. L'anonymat est garanti et une petite contribution pécuniaire est donnée à chaque personne.</p> | <p>Interview narratifs enregistrés sur dictaphone et retranscrits par écrit.</p> | <p>41 se sont sentis stigmatisés même sans discrimination directe. La discrimination est souvent liée au diagnostic. 19 participants ont ressenti le stigmate directement après l'annonce du diagnostic mais ce n'était pas le cas pour les doubles diagnostics (drogues, dépression). Un participant parle de l'influence des médias. La difficulté est souvent présente lors de l'annonce du diagnostic à la famille, aux amis et à l'employeur car un côté moralisateur. Les discriminations rencontrées sont : l'abus verbal, la violence physique, la rupture de contacts, l'infantilisation, la discrimination au travail.</p> <p>Les conséquences du stigma :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colère, dépression, crainte, anxiété, sentiment d'isolement, culpabilité, embarras, barrière dans le rétablissement et dans la demande d'aide. <p>Les conséquences de la discrimination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colère, embarras, peur, isolement, et sentiments dépressifs. <p>La stigmatisation peut être considérée comme positif. Les perceptions positives des participants sont liées au traitement. 7 participants parlent de conséquences positives qui ne les ont pas empêchées de se réaliser au niveau social et personnel. Un participant dit que la maladie et la stigmatisation lui ont permis de mieux se connaître, d'avoir une plus grande introspection et de se sentir plus libre. Un nombre significatif n'ont pas ressenti de médisance à l'annonce du diagnostic à leurs proches. 6 pensent avoir ressenti des réactions positives de la part du grand public mais aucun participant toxicomane n'avait ce sentiment.</p> | | <p>L'influence des médias a une large influence sur les stigmates des personnes psychotiques et dépendantes.</p> <p>Beaucoup de participants disent refuser l'aide et l'hospitalisation de peur d'être stigmatisé.</p> <p>Conséquences du stigmate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'acceptation du regard négatif peut amener à croire qu'on est incapable de vivre une vie indépendante. - Entraîne dépression, anxiété et baisse de l'estime de soi. - Les participants distinguent la discrimination ouverte du sentiment subjectif de stigmate. - Les toxicomanes vivent plus fréquemment des expériences discriminatoires. - Le sentiment d'infériorité et la peur des réponses négatives empêchent de saisir des opportunités. - Les représentations négatives de la maladie mentale ne sont pas universelles. <p>Limitations : les participants ont été payés, les données ne sont pas généralisables, les personnes qui ne faisaient pas partie d'un service communautaire de soins n'étaient pas incluses.</p> |

6. Nurses' attitudes toward substance misusers. I. Surveys.

| Auteurs/Année | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|--|---|---------------|---|---|
| Howard, M.O., Chung, S.S. (2000). | Revue de littérature | 14 recherches | Critiquer et relever les rapport publiés durant les 40 dernières années sur les attitudes des infirmières par rapport aux personnes victimes de troubles addictifs. | |
| Méthodes de collecte | Résultats | | | Discussion et Conclusions |
| <p>Les recherches ont été conduites sur les banques de données Medline et Nursing and Allied Health pour présenter les données. Les mots-clés étaient « alcoholism », « substance misuse » et sur MESH « attitude of health personnel ».</p> | <p>Blane & Hill (1964) : beaucoup d'infirmière définissent les alcooliques comme violents, malades et atteint de désordre mental. Ttt sans espoir. Rôle professionnel incertain.</p> <p>Sterne & Pittman (1965) : testent le rôle de la motivation dans le rétablissement.</p> <p>Johnson (1965) : 80% des infirmières se considèrent tolérantes, sympathiques et compréhensives vis-à-vis des alcooliques. Trouvent les patients alcooliques plus difficiles que les autres.</p> <p>Heinemann & Rhodes (1967) : 68% des participants ont répondu correctement aux questions sur l'alcoolisme. Les jeunes infirmières ont plus d'attitudes positives les plus anciennes.</p> <p>Moody (1971) : les peines de prison et l'autoritarisme sont liées.</p> <p>Rosenbaum (1977) : la plupart des participants sont positifs à l'égard du ttt de l'alcoolisme, 74% accepte le concept de maladie. La majorité des infirmiers sont moralisateurs face à l'alcoolisme.</p> <p>Reisman & Shrader (1984) : pas compris</p> <p>Sullivan & Hale (1978) : les femmes ont plus tendance à accepter l'origine génétique de l'alcoolisme que les hommes.</p> <p>Cannon & Brown (1988) : les infirmières interrogées ont des attitudes positives sur les consommateurs de substances en évitant les stéréotypes et la morale. Optimistes sur le ttt.</p> <p>Bartek & al (1988) : les 4 principaux problèmes dans le ttt des alcooliques sont le potentiel d'injures, les altérations de la nutrition et de l'élimination, les problèmes de liquides et les stratégies de coping.</p> <p>Rowland & Maynard (1989) : la majorité des infirmières n'associent pas alcoolisme à une classe sociale, à un job, à un statut marital ni à un genre.</p> <p>Allen (1993) : les personnes interviewées acceptent en grande majorité l'idée que les facteurs émotionnels et psychologiques sont la cause de l'alcoolisme.</p> <p>Cooper (1994) : 48% sont insatisfaits avec la manière dont ils traitent les problèmes d'alcool, 19% trouvent utile de travailler avec les personnes alcooliques, 18% souhaitent travailler avec des alcooliques, 38% connaissent bien la pathologie.</p> <p>Carroll (1995) : les hommes ont plus d'attitudes + que les femmes. Les jeunes infirmiers ont – d'attitudes négatives que les plus âgés. ¾ pensent que les toxicomanes peuvent être traités avec succès. Stéréotypes dans 43-46% des cas : les participants pensent qu'un test HIV d'office devrait être fait, que les toxicos sont irresponsables, 1/3 pensent que les femmes se prostituent + sous substance et que la drogue corrompt les jeunes.</p> | | | <p>De nombreux biais se retrouvent dans bon nombre d'études par de bas résultats et une sélection de population pas optimale. A retenir : les attitudes des infirmiers sont plus positives qu'il y a quelques années auparavant. Il y a une meilleure acceptation des personnes dépendantes de substances depuis 1970 et accepte le concept de maladie. Une proportion significative d'infirmiers a encore des stéréotypes négatifs sur les consommateurs. Des études récentes prouvent que les patients perçoivent le pronostic négatif des infirmiers. Une possibilité pourrait être le manque d'assiduité par les soignants dans la prise en soin. Il est important de préciser que les attitudes sont dynamiques et complexes relatives à l'âge, le genre, l'ethnie, les croyances religieuses et de l'époque dans laquelle l'individu vit.</p> |

7. Social stigma and the dilemmas of providing Care to substance users in a safety-net emergency department

| Auteurs/Année | | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|---|--|--|--|--|--|
| Hederson, S., Stacey, C.L., Dohan, D. (2008). | | Etude qualitative | 75 fournisseurs de soins ont été observés dont 12 médecins, des infirmiers généralistes, des étudiants en médecine, des infirmières assistantes et des assistants sociaux aux urgences d'un hôpital dans une ville de Californie. 11 personnes ont été interviewé dont 6médecins, 3 assistants sociaux, 1 infirmière. | Comprendre les expériences et les perceptions des fournisseurs de soins qui s'occupent de patient toxicomanes dans un service d'urgence. | Health related stigma de Weiss & all. La stigmatization de Goffman |
| Méthodes de collecte | Méthode d'analyse | Résultats | | | Discussion et Conclusions |
| Au départ, des milliers d'interactions entre fournisseurs et patients ont été observées entre 2003 et 2005 dont 318 ont fait l'objet d'analyse. 85 codes ont permis de faire ressortir des thèmes importants pour l'analyse. Pour compléter les informations, 11 interview exploratoires semi-structurés de 45-90min ont été menés (6médecins, 3assistants sociaux, 1infirmière). | Les données ont été retranscrites dans chaque thème défini au préalable. Analyse inductive et déductive selon un logiciel de base de données qualitatif Nvivo. | <p>5 thèmes relatifs aux soins fournis à la population toxicomane :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le personnel de valeur aide les patients vulnérables : c'est un souhait de travailler avec des personnes vulnérables, les participants s'y sentent utiles. Les patients qui seraient les plus redoutés ne sont pas les pauvres et vulnérables mais plutôt les riches. Les patients démunis sont plus reconnaissants. 2. Les interactions entre les fournisseurs de soins et les patients sont ressenties comme difficiles ou déplaisantes. Patients décrits comme reconnaissants des soins qu'ils reçoivent mais agressif avec le personnel (surtout verbalement). La gestion des conflits se fait en calmant le jeu par le raisonnement, en réprimandant, en critiquant le comportement dérangeant, en confrontant. Dans des cas trop difficilement gérables, attachés et sédatisés. Il y a régulièrement des atteintes physiques et verbales surtout envers les infirmiers lors des premiers contacts au tri. Un médecin parle des défécations et d'urines dont les infirmières « font les frais » lorsque les patients se sont « fait dessus ». De nombreux médecins comptent sur les soins infirmiers pour minimiser les contacts avec cette population. 3. Les fournisseurs disent ne pas savoir si les informations reçues concernant l'histoire médicales sont complètes et correctes. Manque de confiance. La difficulté est de savoir si derrière l'abus de substance se trouve un problème physique grave. 4. Les fournisseurs se sentent préoccupés par les comportements des toxicomanes qui viennent à l'hôpital dans le but d'être fournis en drogue. Cette préoccupation concerne particulièrement les demandes de soins pour les douleurs généralisées comme les douleurs rénales. Ceci amène à une suspicion généralisée. Les participants ont conscience que cette suspicion peut être un obstacle à la communication. 5. Les fournisseurs doivent répondre aux besoins sociaux et cliniques des patients malgré les ressources limitées disponibles (manque de connaissances). Difficulté liée aux nombres de personnes gravitant autour d'un toxicomane qui abuse du service. <p>Les résultats de l'étude montre que les interactions entre les professionnels et les patients toxicomanes incluent le rejet, l'exclusion, le blâmes ou la dévalorisation , éléments qui constituent le stigma te relatif à la santé. Les données montrent qu'une grande partie des décisions médicales sont influencées par le jugement social défavorable des professionnels.</p> | | | <p>Ils parlent d'une population très demandeuse, pas investis dans sa prise en charge post-hospitalière. Le fardeau des problèmes de drogue est que les patients seront associés aux perceptions négatives et ces croyances sont susceptibles d'influencer les jugements et les actions à leur égard. Le stigmate social a une importante dynamique dans les soins. L'apport de connaissances et le changement des attitudes ne suffiront pas à éradiquer le stigma social car les professionnels interrogés ont d'excellentes connaissances et ont malgré tout un potentiel de stigmatisation.</p> <p>Limitations : pas généralisable, relativement petite population, difficile de dire si les données n'ont pas été biaisées par les perspectives des auteurs mais les interactions étaient dans l'environnement naturel. Peu d'investigation concernant le genre, la race, l'ethnie ou le niveau d'expérience des patients.</p> |

8. Prejudice among health care workers toward injecting drug users with hepatitis C : Does greater contact lead to less prejudice?

| Auteurs/Année | Type d'étude ou Devis | Échantillon | | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|--|---|--|--|--|---|
| Brener, L., Von Hippel, W., Kippax, S. (2007). | Recherche quantitative | 52 soignants (membres du département alcool et drogue ou professionnels de clinique de jour dont 21 médecins, 2 assistants et 29 infirmiers). Moyenne d'âge : 44 ans. 120 patients toxicomanes par injection atteints d'hépatite C. Age moyen : 38 ans. Les participants ont été recrutés dans des cliniques de jours, à l'hôpital départemental de Sydney et chez des médecins généralistes dans la région de Sydney. | | Mesurer les attitudes implicites et explicites des soignants et des patients toxicomanes (injections) atteints d'hépatite C (HCV) et l'impact de ces attitudes sur le contact. | La stigmatisation de Goffman . Prophétie auto-réalisatrice sur la base d'une étude de Copeland. |
| Méthodes de collecte | Méthode d'analyse | | Résultats | | Discussion et Conclusions |
| Questionnaires informatiques et entretiens individuels de 15-20min pour les professionnels et de 10-15min pour les IDU (injecting drug users). | <p><u>Pour les professionnels</u> : 3 échelles : une mesurant les préjugés envers les usagers de drogues injectables (IDU scale), une mesurant les préjugés sur le HCV et une sur la contrôlabilité perçue par les professionnels par rapport à cette clientèle. Ensuite l'échelle de Wilson fut donnée, « thermomètre de sentiments à l'égard des IDU ». Et pour finir, le IDU SC-IAT fut utilisé pour repérer les attitudes implicites.</p> <p><u>Pour les IDU</u> : HCW SC-IAT (échelles pour évaluer les attitudes explicites perçues par les IDU) et l' « évaluation des sentiments » permettant d'évaluer le ressenti des IDU à l'égard des professionnels.</p> | | <p><u>Pour les professionnels</u> : Les infirmiers ont des ressentis plus positifs que les médecins cependant elles démontrent plus d'attitudes implicitement négatives que les médecins. L'augmentation de la fréquence des contacts avec les IDU (toxicos qui s'injectent) montre des attitudes implicites négatives de la part des infirmiers. L'association HCV/toxicomanie est vue plus positivement que seulement la toxicomanie. Le personnel des clinique de jour a moins de préjugés que celui des autres cliniques sûrement parce qu'il a des contacts extensifs avec cette population.</p> <p><u>Pour les toxicomanes</u> : La majorité a des attitudes implicites et explicites favorables à l'égard des soignants.</p> <p>Un contact plus grand avec les patients toxico/HCV est associé à des attitudes explicites plus favorables contrairement aux attitudes implicites.</p> | | Biais de sélection parce que les professionnels recrutés choisissent de travailler avec cette population. Le contact favorise les attitudes explicites favorables (en l'occurrence les infirmiers ont des attitudes plus positives que les médecins). Cette étude suggère une prophétie auto-réalisatrice : les soignants transfèrent leurs attitudes directement sur celles du client à travers un ttt positif. Les attitudes explicites positives ne signifient pas que le groupe n'est pas stigmatisé. Les attitudes négatives existent comme le prouvent d'autres études. La présente étude montre que les soignants qui ont choisi de travailler avec cette population ont des attitudes plus positives. |

9. The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implication for workforce development.

| 5.6.1.1.1.1 <i>Auteurs/Année</i> | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|--|--|---|---|--|
| Ford, R., Bammer, G., Becker, N. (2008). | Etude quantitative | 1605 infirmiers généralistes en Australie. 94% de femmes. | Examiner les attitudes déterminantes des infirmiers face aux usagers de drogue illicites et créer un modèle d'initiatives de développement de force du travail. | Basé sur des études sur les attitudes thérapeutiques. |
| Méthodes de collecte | Méthode d'analyse | Résultats | | Discussion et Conclusions |
| Questionnaire contenant 40 questions sur les problèmes de perceptions des drogues illicites avec des variables sur l'éducation à la drogue, l'expérience d'avec ce groupe et le rôle de soutien. Initialement une étude pilote a été réalisée sur 82 participants. | Des statistiques ont été réalisées sur la base des questionnaires. Les variables indépendantes ont été classées sous caractéristiques personnelles, attitudes à l'égard des drogues illicites, rôle soutien, l'éducation à l'égard de la drogue, les expériences avec les toxicomanes, les interactions et la place du travail. Les variables thérapeutiques ont été mesurées grâce à une version adaptée du questionnaire (AAPPQ) | 70% des participants ne sont pas motivés par la prise en charge de patient toxicomane. L'âge est un facteur dans les représentations négatives des sujets. Les infirmiers montrent avoir besoin d'un soutien en parallèle de leur travail avec les personnes toxicomanes. | | Les infirmiers généralistes ont des difficultés à travailler avec ce groupe de patients. Le soutien que les infirmiers peuvent obtenir par rapport à cette population est le plus grand moteur des attitudes thérapeutiques infirmières. La place de l'éducation des drogues illicites est un soutien. |

10. Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use : A questionnaire survey.

| 5.6.1.1.1.2 <i>Auteurs/Année</i> | | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|--|--|--|---|---|--|
| Happel, B., Carta, B., Pinikahana, J. (2002). | | Recherche quantitative | 134 infirmiers dont 51% des participants ont plus de 10 ans de pratique recrutés dans les régions de Melbourne et Victoria. | Établir une base de données sur le savoir, les attitudes et les croyances des infirmiers par rapport à l'abus de substances de manière à développer leur programme de formation à Victoria. | Le travail d'Evans (1997) : Identifying the needs of community mental health workers in managing clients who misuse alcohol and other drugs et sur l'étude de Chappel concernant l'attitude face aux abus de substances. |
| Méthodes de collecte | Méthode d'analyse | Résultats | | | Discussion et Conclusions |
| Un questionnaire . Une étude pilote a été faite au préalable auprès de 20 cliniciens . | Les données ont été analysées selon le SPSS (statistical package for social sciences.) | Les résultats montrent que la majorité s'occupe régulièrement de patients avec des doubles diagnostics troubles addictifs et maladie mentale. La plupart demande à ces patients une histoire de la dépendance. 23,7% indiquent avoir de très bonnes connaissances dans l'identification des problèmes de drogues et d'alcool par contre, les connaissances perçues par rapport à la prise en charge d'une désintoxication sont très faibles (3,1%) ainsi que la prévention des rechutes. 80% pensent que la prise en charge de patients dépendants fait partie de leurs rôles. | | | La majorité des infirmiers interrogés pensent que la population toxicomane n'est pas prise en charge de manière adéquate. Les résultats suggèrent qu'une éducation en matière de drogue et d'alcool devrait être offerte aux infirmiers particulièrement dans la prise en charge de doubles diagnostics. |

11. Stigma and Discrimination in Health-Care Provision to Drug Users : The Role of Values, Affect and Deservingness, Judgements.

| Auteurs/Année | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|--|--|--|--|--|
| Skinner, N., Feather, N.T., Freeman, T., Roche, A. (2007). | Recherche quantitative. | 277 infirmiers de 22 à 75 ans et les années de pratique allant de 1 à 53 ans. Recrutés à New South Wales en Australie. | Examiner le rôle des valeurs, affects et jugements méritoires (relatifs à la réaction affective, à l'attribution de la responsabilité estimée de l'usager et aux valeurs) du professionnel envers des patients toxicomanes (population stigmatisée). | La stigmatisation. Basée sur l'étude de Feather et Johnstone (2001) : les normes sociales, les normes institutionnelles et le mérite : différentes réactions de comportements agressifs à l'égard de la schizophrénie et de troubles de la personnalité. |
| Méthodes de collecte | Méthode d'analyse | Résultats | | Discussion et Conclusions |
| Questionnaires contenant 2 scénarii (un concernant un patient toxicomane et un autre alcoolique) envoyés par mail. | Dans le 1 ^{er} scénario, le patient arrive aux Urgences pour un abcès et dans le second pour une douleur à l'estomac. Des items sont proposés concernant la responsabilité du patient et les affects (positifs ou négatifs) ressentis, plusieurs possibilités de prise en charge de haute ou de basse qualité sont proposées et également des questions sur le mérite du patient à recevoir des soins. Une évaluation (SVS) des valeurs qui guident la vie de chaque participant est faite en fonction de 57 valeurs à choix (conservatrices ou auto-transcendantes). | <p>Les infirmiers attribuent aux patients un haut niveau de responsabilité par rapport à leurs consommations mais relèvent des affects majoritairement positifs. Il y a une co-relation entre la responsabilité perçue du patient et les valeurs conservatrices. Une co-relation entre les affects positifs et les valeurs auto-transcendantes. Les personnes conservatrices voient plus facilement la toxicomanie comme une défiance.</p> <p>La plupart des participants optent pour un scénario de haute qualité mais cette notion est liée aux perceptions méritoires par rapport au patient.</p> <p>Les valeurs de conservation (sécurité, tradition, conformité) sont associées à un sentiment de peur et de désappointement envers le patient. Les valeurs auto-transcendantes sont associées à un haut degré de sympathie et de considération.</p> <p>Contrairement aux attentes des chercheurs, les valeurs conservatrices n'ont pas une grande influence sur les affects positifs ni l'auto-transcendance sur les négatifs. Pour le scénario du toxicomane, les affects positifs à l'égard du patient ont un effet observable sur la qualité des soins.</p> | <p>Si les infirmiers estiment que le patient mérite des soins de haute qualité, il est frustré par les règles institutionnelles de seuil bas. Les réponses affectives du professionnel vont influencer sont choix de haute ou de basse qualité de soins. Les jugements méritoires reflètent l'influence des normes institutionnelles. Ce sont les normes établies qui influencent le jugement.</p> <p>La perception de la responsabilité ne prédit pas le mérite perçu du patient ou les réactions affectives infirmières. Ce sont les normes établies qui dominent leurs jugements.</p> <p>Limitation : Il était difficile de faire participer des personnes toxicomanes et alcoolique (population vulnérable) à cette étude pour des raisons éthiques surtout face à cette problématique. Les infirmiers ont pu être influencés par les représentations de la profession.</p> | |

12. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users.

| Auteurs/Année | | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|---|---|---|---|---|--|
| Ahern, J., Stuber, J., Galea, S. (2006). | | Recherche quantitative | 1008 utilisateurs de drogues illicites entre 35 et 54 ans dont 64% d'hommes ayant consommé de la cocaïne, de l'héroïne et du crack durant les 2 mois précédents le remplissage du questionnaire. Recrutés à New York à l'Est de Harlem. | Mesurer l'isolement, la perception de la dévalorisation et les réponses à la discrimination et au stigma de consommateurs de drogues illicites. Hypothèse : La perception de la dévalorisation, de l'aliénation et des expériences de discrimination représentent le moteur de différentes dimensions de stress pour les consommateurs de drogues illicites. | Le stigma de Goffman. Basé sur différentes études concernant la stigmatisation et le stress. |
| Méthodes de collecte | Méthode d'analyse | Résultats | | | Discussion et Conclusions |
| Questionnaire avec des items sur la dévalorisation, l'isolement, la discrimination et la réponse à cette discrimination et au stigma en lien avec leur effets sur la santé. | Les mesures de santé ont été mesurées grâce au SF-36 (échelle de mesure des conséquences médicales), au CES-D (mesure de dépression) et à une échelle d'auto-évaluation des conditions de santé (Idler and Angel 1990). | 85% perçoivent l'isolement. 75% évitent de rencontrer des gens. La majorité ressent un jugement de la part de la famille et des amis. 41% évitent les situations devant lesquelles ils se sentent discriminés. 44% ressentent de la colère. La discrimination et l'isolement ont une grande co-relation avec les résultats obtenus sur la santé mentale (dépression) et la santé physique (nutrition). 23% disent s'être vu refuser des soins à cause de leur problème de drogue. 68% disent se sentir honteux de leurs consommations. Dans la dévalorisation perçue, les participants pensent à 84,5% que les gens les pensent dangereux, à 76,5% qu'on les prend pour de mauvaises personnes, à 84,9% qu'ils ne sont pas fiables. | | | Contrairement à d'autres études, celle-ci s'intéresse aux utilisateurs fréquents de minorité raciale et de bas-revenus. Les usagers capables d'effectuer 1 année de sevrage sont moins discriminés que l'utilisateur régulier. Selon les auteurs, il y aurait peu d'études sur le sujet à cause de la légitimité qu'on donne à la stigmatisation pour décourager l'utilisation de la drogue. Dans d'autres études, il y a une co-relation entre la dévalorisation perçue et la santé ce qui ne ressort pas clairement dans les statistiques de cette recherche. Les résultats prouvent que la perception que le toxicomane a de la dévalorisation est moins importante pour la santé que le fait d'intégrer cela comme vrai en adoptant certaines attitudes (isolement). L'étude suggère que la colère ressentie face à la discrimination influence l'état mental. Le fait de vouloir discuter de sa consommation engendrerait une plus grande discrimination. |

13. Surveying the attitudes of acute mental health nurses.

| Auteurs/Année | | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|--------------------------------|--|---|--|---|---|
| Munro, S., Baker, J.A. (2007). | | Recherche quantitative. | 140 soignants dont 65,7% sont infirmières généralistes et le reste aides infirmières (non-qualifiées), 63% de femmes et de moins de 40 ans. Les participants viennent du nord-ouest de l'Angleterre. | Explorer les attitudes positives et négatives du staff travaillant dans les unités d'urgence psychiatrique. | La stigmatisation. |
| Méthodes de collecte | Méthode d'analyse | Résultats | | | Discussion et Conclusions |
| Questionnaire. | Utilisation d'une échelle sur les attitudes (ATAMH) de 33 items. Les réponses sont analysées par score, groupées par facteurs ou analysées de manière individuelle. 3 classements des attitudes : positives, négatives et mitigées. Les données statistiques sont analysées selon le SPSS. | Les attitudes des participants à l'égard des patients hospitalisés en psychiatrie étaient à 80% positives. Les participants s'accordent à dire qu'ils ont une vision pessimiste de leurs patients. Pas de différence significative entre les hommes et les femmes. Des statistiques mitigées sur la politesse des patients, la dangerosité, la propreté et la maturité. | | | Les patients ne sont pas perçus comme difficilement appréciables par les participants de cette étude. Une piste à exploiter est l'origine génétique des pathologies qui pourrait influencer l'impact et les stresseurs. Le staff qualifié a moins d'attitudes négatives que le staff non qualifié. Cependant par rapport aux impacts des circonstances sociales, les non-qualifiés ont des attitudes plus positives. Limitations : petite population géographiquement limité. |

14. Negative attitudes towards clients with drug and alcohol related problems : Finding the elusive solution.

| Auteurs/Année | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|--|---|---|--|---|
| Happell, B., Taylor, C. (2001). | Recherche quantitative. | 106 infirmiers dont 49% travaillent dans des hôpitaux privée de médecine et de chirurgie et 48% en unité spécialisée dans les troubles addictifs (3% n'ont pas répondu). Melbourne, Victoria (Australie). | Examiner s'il y a des différences entre les attitudes, la confiance et les savoirs perçus entre des infirmiers travaillant en consultation ou en service de liaison et les infirmiers spécialistes en toxicomanie. | Se base sur des études concernant les attitudes des infirmiers face à la dépendance aux drogues. |
| Méthodes de collecte | Méthode d'analyse | Résultats | | Discussion et Conclusions |
| Questionnaire de 50 items avec une échelle de Likert allant tout à fait en accord à absolument en désaccord. Trois thèmes : les attitudes, la confiance et le savoir perçu. Des données démographiques et des questions sur l'utilisation du service de liaison spécialisé. Le questionnaire a été testé au préalable sur 10 infirmiers. | Les résultats des questionnaires des personnes utilisant le service de liaison a été comparé à celles qui ne l'utilisaient pas. Un test sur des participants indépendants a été utilisé pour comparer la méthode pour déterminer s'il y avait présence ou non d'une importance statistique. | Les participants ont en majorité une attitude positive à l'égard des patients toxicomanes. Les personnes travaillant dans des unités spécialisées ont plus de positif dans toutes les variables. Il y a notamment des résultats significatifs concernant la perception du savoir. | | La recherche relève la grande importance des connaissances pour gérer le problème de la toxicomanie. La présence d'un service de liaison spécialisé dans la drogue à l'intérieur d'un hôpital général prouve l'importance et la légitimité de l'offre en soins spécialisée pour cette population. |

15. Are drug treatment services only for « thieving junkie scumbag's »? Drug users and the management of stigmatized identities.

| Auteurs/Année | | Type d'étude ou Devis | Échantillon | But/Q/H Concepts | Cadre de référence |
|---------------------------------------|--|---|--|---|---|
| Radcliffe, P., Stevens, A. (2008). | | Études qualitative. | 53 toxicomanes qui ont abandonnés l'idée du ttt en Angleterre. 39 hommes, âgés entre 19 et 50 ans. L'échantillon n'est pas représentatif des SDF, des personnes exerçant des travaux de nuit ou dans la prostitution et pas de maladies mentales. Recrutés via la National Treatment Agency. | <p>Comment la population interviewée utilise le terme de junkie dans la discussion sur la toxicomanie et les ttt.</p> <p>Explorer comment l'association de l'entrée en ttt et de l'identité junkie contribue à la honte.</p> <p>Comment le fait de commencer un ttt de substitution contribue à l'identité junkie et discrédite le toxicomane plutôt que de lui créer des opportunités de vivre une vie différente.</p> <p>Comment le fait de faire partie d'une communauté transgressive peut être un refuge pour se protéger d'humiliation de bas salaires.</p> | La stigmatisation de Goffman. |
| Méthodes de collecte | Méthode d'analyse | Résultats | | | Discussion et Conclusions |
| Interviews individuels. | En premier lieu, une sélection au hasard d'interview a permis de définir les thèmes centraux. Ensuite, 10 interviews choisis également aléatoirement ont permis de regrouper des sous thème. Utilisation de Nvivo data processing package. | <p>Il est important de s'intéresser à la source de la honte dans la prise en charge. Souvent, les toxicomanes endossent les caractéristiques négatives des junkies. Pour se rétablir, il est nécessaire d'avoir une identité alternative autre que celle du toxicomane. Le ttt lui-même est associé trop fortement à l'identité junkie. L'association de l'identité junkie avec le ttt est souvent la cause de l'ambivalence de l'entrée en traitement. Le traitement a une valeur morale et la honte de se voir considéré comme un junkie fait fuir. Il est stigmatisant. Une grande partie des personnes interrogée vit une vie conventionnelle et convenable. Les participants se distinguent de l'identité junkie, identité stigmatisée. La prise en compte de la toxicomanie comme un problème médical plutôt que comme une addiction changerait énormément. De plus, la prise d'un ttt substitutif est handicapant pour mener une vie « normale » (études, travail, voyages) puisque les doses se remettent de main à main.</p> <p>Les personnes qui consomment des drogues injectables sont également responsables de l'identité négative junkie de par leur discours péjoratifs à l'égard des autres toxicomanes. La communauté de toxicomanes que forment les personnes interrogées se différencie des autres toxicomanes discrédités. Il est difficile de se séparer des connaissances qui consomment et les rechutes sont fréquentes car la drogue est une expérience sociale. Un témoignage affirme que les services de soin pour les toxicomanes servent à faire de nouvelles rencontres dans le milieu et cela empêche la construction de l'identité non-addictive.</p> | | | <p>Les services de ttt sont identifiés comme mettant les usagers dans une catégorie qui est particulièrement problématique pour les consommateurs, de drogues jeunes, femmes ou non-consommateurs d'héroïne.</p> <p>Pour les consommateurs d'héroïne, l'idée de se retrouver avec une certaine population criminelle dans un service de ttt les décourage. Pour se rétablir, il est important d'avoir des contacts professionnels qui sortent du milieu de la drogue d'où la difficulté des hospitalisations durant lesquelles les patients sont en permanence confrontés à ce milieu. Les chercheurs suggèrent des suivis de ttt substitutifs chez le généraliste.</p> |

Critiques des recherches récoltées

Recherche numéro 1 :

La méthodologie est appropriée et bien argumentée. Le but de la recherche est en adéquation avec les résultats. Les limitations sont bien explicitées. La population et le setting limité ne permettent pas de généraliser les résultats.

Recherche numéro 2 :

Il manque des informations concernant la population (viennent-ils de grands hôpitaux, de cliniques, de villes ou de villages, l'âge moyen n'est pas défini) de plus la répartition des participants dans les groupes n'a pas été expliquée.

Recherche numéro 3 :

Recherche passablement compliquée à lire. La méthode d'analyse n'est pas clairement mentionnée ni d'ailleurs les informations concernant le setting ce qui rend la méthodologie très approximative. Bonne adéquation entre le but et les résultats. Echantillon trop restreint pour la généralisation. Date de parution de la recherche 1966. Elle est exclue des résultats.

Recherche numéro 4 :

La méthodologie est adéquate et bien expliquée. Le but et les résultats correspondent. Bonne remise en question des auteurs. Echantillon et setting trop restreints pour la généralisation.

Recherche numéro 5 :

Bonne méthodologie et adéquation entre le but et les résultats. Cette étude ne touche pas exclusivement aux toxicomanes mais à beaucoup d'autres pathologies psychiatriques. L'échantillon est petit et le setting limité.

Recherche numéro 6 :

Revue de littérature basée essentiellement sur l'alcoolisme. Cette étude n'est pas retenue pour les résultats.

Recherche numéro 7 :

Méthodologie adéquate. Liens évidents entre le but, les résultats et la discussion. Setting et population limités.

Recherche numéro 8 :

Difficultés liées à la compréhension des méthodes d'analyses assez complexes mais la méthodologie paraît appropriée. Les participants ont choisi de travailler avec cette population ce qui ne représente pas la majorité des infirmiers. Setting et population limités.

Recherche numéro 9 :

Bonne méthodologie et adéquation but et résultats. La grandeur de l'échantillon et l'ampleur du setting rendent cette étude particulièrement intéressante.

Recherche numéro 10 :

Adéquation but et résultats. Méthodologie justifiée. La population est plus large que dans d'autres recherches utilisée mais reste limitée. Le setting est lui aussi restreint.

Recherche numéro 11 :

Difficulté dans la compréhension de termes spécifiques. Ecriture compliquée. Lien entre le but et les résultats. Population de plus de 200 participants donc échantillon relativement intéressant. Le setting par contre est limité.

Recherche numéro 12 :

Echantillon très pertinent de par ses plus de 1000 participants. La méthode d'analyse est très bien élaborée. Lien entre but et résultats. Bonne méthodologie en générale. Intérêt du caractère récent de l'étude.

Recherche numéro 13 :

Pas de définitions des attitudes considérées comme mitigées et pas de questions concernant certains critères personnels des participants qui auraient pu expliquer certains résultats (les représentations du métier infirmier ont peut être influencé les réponses des participants). Le reste de la méthodologie est appropriée. Population relativement restreinte et setting limité. Difficilement généralisable.

Recherche numéro 14 :

Méthodologie adéquate. Lien entre but et résultats. Population et setting limité donc les résultats ne sont pas généralisables.

Recherche numéro 15 :

La méthodologie est très bien expliquée. Setting et population limités qui empêchent une généralisation des résultats.