

# **La stigmatisation des personnes alcoolo-dépendantes par le personnel infirmier dans les milieux somatiques**

Une revue de littérature

Travail de Bachelor

Par  
**Gard Marie, Ryser Marta et Staub Claire**  
Promotion 2013-2016

Sous la direction d'Ewald Schorro

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

14 Juillet 2016

## Résumé

**But:** L'objectif de ce travail est d'identifier les causes de la stigmatisation des patients alcoolo-dépendants, de cerner ce problème dans les services de soins somatiques et d'en mesurer les conséquences sur ces patients. Enfin, des interventions infirmières visant à diminuer cette stigmatisation seront identifiées.

**Méthode:** Les résultats ont été établis à partir de sept articles scientifiques sélectionnés dans PubMed et Embase. Ces recherches ont ensuite été analysées à l'aide des grilles d'évaluation et de lecture critique. Le cadre de référence choisi permet d'orienter la discussion.

**Échantillon:** Majoritairement, les échantillons sont composés d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé de milieux somatiques. Deux études portent sur des infirmiers et une troisième sur des étudiants infirmiers.

**Résultats:** Après analyse, 3 catégories de résultats ressortent : les manifestations de la stigmatisation, l'étiologie et les interventions visant sa diminution. Ces catégories permettent de cerner l'étendue du problème, les conséquences, les facteurs favorisant une telle partialité dans les soins.

**Conclusion:** La stigmatisation des alcoolo-dépendants est un problème concernant non seulement les infirmiers mais la société dans son ensemble. Bien que des interventions visant l'amélioration des soins sur ces patients aient été proposées, aucune amélioration significative n'a encore été observée. L'alcoolisme reste à l'heure actuelle incompris et peu pris en considération dans les services de soins somatiques.

**Mots-clés:** Stereotyping, nurses, attitudes of health personnel, primary health care, alcoholism, addictive behavior, alcohol-related disorder.

## **Zusammenfassung**

**Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, die Ursachen der Stigmatisierung von Patienten zu identifizieren, welche ein Alkoholsuchtproblem in einem somatischen Bereich aufweisen. Die Konsequenzen der Stigmatisierung auf die Patienten zu messen, sowie Pflegeintervention zur Reduzierung der Stigmatisierung vorzuschlagen, sind weitere Ziele der Arbeit.

**Methode:** Die Ergebnisse von sieben wissenschaftlichen Artikeln werden in die Arbeit integriert. Diese wurden in PubMed und Embase gefunden. Die Studien wurden durch einen kritischen Beurteilungsbogen und einer Übersichtstabelle analysiert. Der ausgewählte Rahmen leitet die Diskussion.

**Stichprobe:** Pflegefachpersonen und andere medizinische Fachkräfte aus dem somatischen Bereich sind meistens Teil der Stichproben. Zwei Studien arbeiten nur mit Pflegefachpersonen, eine andere bezieht auch die Pflegefachpersonen in Ausbildung ein.

**Ergebnisse:** Nach der Analyse, sind 3 Ergebniskategorien entstanden: Manifestationen, die Ätiologie und die Interventionen um die Stigmatisierung zu verringern. Diese ermöglichen es, das Ausmass der Probleme, die Konsequenzen, die positiven Faktoren, sowie die Hilfsmittel zu erfassen, damit gegen die Diskriminierung gekämpft werden kann.

**Schlussfolgerung:** Die Stigmatisierung der Alkoholabhängigen ist ein internationales Problem, welches die ganze Gesellschaft betrifft. Obwohl Interventionen zur Verbesserung der Pflege der Patienten vorgeschlagen worden sind, wurde bisher noch keine signifikante Verbesserung beobachtet. Alkoholismus

bleibt immer noch unverstanden und wird in der somatischen Pflege wenig berücksichtigt.

**Schlüsselwörter:** Stereotyping, nurses, attitudes of health personnel, primary health care, alcoholism, addictive behavior, alcohol-related disorder.

## Tables des matières

Résumé .....	ii
Zusammenfassung.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Remerciements .....	ix
Introduction .....	2
Problématique.....	2
Recension des écrits.....	3
Question de recherche.....	5
Objectifs.....	6
Cadre de référence .....	8
La dépendance alcoolique .....	9
La stigmatisation .....	11
Le diagnostic d’overshadowing .....	14
Ethique infirmière et qualité des soins.....	16
Méthode .....	20
Devis .....	21
Stratégie de recherche .....	21
Sélection des articles .....	22
Étapes d’analyses .....	23

<b>Résultats .....</b>	<b>25</b>
<b>Résultats des recherches.....</b>	<b>26</b>
<b>Analyse critique de la méthodologie de l'ensemble des études .....</b>	<b>28</b>
<b>Synthèse thématique.....</b>	<b>29</b>
Manifestations .....	29
Etiologie ou facteurs influençant.....	30
Interventions contre la stigmatisation.....	32
<b>Discussion .....</b>	<b>34</b>
<b>Réponse à la question de recherche .....</b>	<b>35</b>
<b>Discussion des résultats .....</b>	<b>36</b>
<b>Forces et limites .....</b>	<b>43</b>
<b>Implications pour la pratique .....</b>	<b>44</b>
<b>Perspectives futures .....</b>	<b>46</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>49</b>
<b>Références .....</b>	<b>51</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>58</b>
<b>Annexe A.....</b>	<b>59</b>
<b>Annexe B.....</b>	<b>60</b>
<b>Annexe C .....</b>	<b>62</b>
<b>Annexe D.....</b>	<b>132</b>
<b>Annexe E .....</b>	<b>137</b>

**Liste des tableaux**

Tableau 1 <i>Tableau récapitulatif des mots-clés en français traduits en anglais (MeSH)</i> .....	21
---	----

**Liste des figures**

<i>Figure 1.</i> Processus de stigmatisation. ....	14
<i>Figure 2.</i> Flow diagramme récapitulant des étapes de sélection de recherche. ....	27



## **Remerciements**

Nous tenons à remercier Monsieur Ewald Schorro pour son aide précieuse et son accompagnement pour l'élaboration de ce travail de Bachelor.

Nous remercions également Barnabé Gard d'avoir relu et corrigé notre texte.

Pour finir, nous remercions nos collègues qui nous ont aidées pour la traduction du résumé et la mise en page, ainsi que nos familles et nos amis pour leur soutien.

## Introduction

## **Problématique**

Actuellement, en Suisse, 250'000 personnes souffrent d'alcool-dépendance. « La consommation [d'alcool] représente l'un des cinq principaux risques pour la santé en Suisse, avec, à la clé, une mortalité prématurée » (swissinfo.ch, 2007). L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP, 2014) a constaté qu'« en 2012, 17'000 personnes ont été hospitalisées pour dépendance à l'alcool ».

Une étude a mis en évidence qu'en 2010, l'abus d'alcool avait coûté à la société suisse 4,2 milliards de francs. Plus d'un demi-milliard ont été dépensés pour les traitements de maladie, les accidents ou blessures en lien avec cette substance, dont 405 millions de francs ont été versés pour les prises en charge stationnaires comprenant les soins somatiques aigus (Annexe A) ou psychiatriques (Fischer, Telser, Widmer, & Leukert, 2014). L'OFSP (2014) relève que les coûts indirects liés à l'abus d'alcool s'élèvent à 3,4 milliards de francs par année. Ce chiffre désigne le manque à gagner généré par des décès prématurés, l'invalidité et le chômage. En 2011, les décès liés à l'alcool concernent une personne sur dix dans la tranche d'âge de 15 à 74 ans (Marmet et al., 2013).

Le centre de toxicomanie et de santé mentale du Canada met en évidence que la consommation d'alcool augmente le risque de nombreuses maladies chroniques telles que « les cancers du sein, du côlon, du rectum, du foie, de l'œsophage », « les maladies cardiovasculaires », « les maladies du foie » et du pancréas ainsi que « la dépendance à l'alcool » et « les problèmes de santé mentale » (2010). Une étude faite dans huit pays de l'Union Européenne estime que 10% des cancers chez les hommes et 3% chez les femmes proviendraient d'une consommation d'alcool (Schütze, Boeing, & Pichon, 2011). En plus d'être une problématique de santé

actuelle, les problèmes liés à l'alcool suscitent, encore de nos jours, de nombreuses attitudes négatives de la part de la société et influencent le jugement infirmier envers les patients qui en sont victimes (Crothers & Dorrian, 2011). La stigmatisation des personnes alcoolo-dépendantes par les infirmiers dans les milieux de soins somatiques est un problème actuel (Addiction Suisse, 2014).

### **Recension des écrits**

Les personnes dépendantes aux drogues (Annexe A) sont perçues par la société de façon négative (Sleeper & Bochain, 2013 ; Bonsack, Morandi, Favrod, & Conus, 2013). La toxicomanie (Annexe A) n'est pas perçue comme une maladie, mais plutôt comme un problème dépendant de la motivation de la personne. D'après Sleeper et Bochain (2013), la société a tendance à estimer que l'arrêt de la consommation n'est qu'une question de volonté [traduction libre]. Une étude germanique affirme que la thérapie contre l'alcool est vue de manière plus positive qu'il y a deux décennies. Cependant, les problèmes liés à l'alcoolisme sont toujours négativement connotés (Schomerus, Matschinger, Lucht, & Angermeyer, 2014).

Selon Fortney et al. (2004), les attitudes négatives de la société sont des obstacles au rétablissement des personnes dépendantes à l'alcool. En étant catalogués comme alcooliques, ces individus ont de la peine à se soigner, car ils se jugent à l'aune de la société.

L'étude de Sleeper et Bochain (2013) a attesté que la majorité des participants a estimé avoir subi des comportements stigmatisants de la part de médecins, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, etc. La majorité des participants ont déclaré que les soignants faisaient abstraction de leurs besoins physiques ou psychologiques et

ont subi des accusations injustifiées. Suite à ces attitudes, les patients se sont sentis dévalorisés et discrédités.

Il existe différentes étiologies pouvant expliquer ces comportements. Les attitudes des professionnels seraient influencées par les sentiments personnels, les expériences, les croyances et les connaissances. Ceux ayant travaillé auparavant avec des patients dépendants montrent moins de peur et d'anxiété vis-à-vis de cette population [traduction libre] (Molina Mula, Hernández Sánchez, Sanz Alavarez, & Clar Aragón, 2010). En effet, les professionnels souhaitant travailler auprès des personnes toxicomanes ont démontré avoir une attitude plus positive que ceux qui ne l'avaient pas choisi (Caroll, 1999). Une étude australienne constate également que les infirmiers en santé mentale ont moins d'attitudes discriminatoires et considèrent davantage l'avis du patient toxico-dépendant. Par contre, aux urgences, ces patients sont considérés comme porteurs d'une maladie incurable (Carta, Pinikaha, & Happel, 2002 ; Cotter & Kelleher, 2009, cité dans Molina Mula et al., 2010). Un autre élément influençant la volonté des infirmiers à travailler avec les patients dépendants vient de l'attitude des patients (Molina Mula et al., 2012). En effet, les alcoolisations fréquentes et l'altération des facultés cognitives et physiques induisant des comportements inadéquats ou même dangereux pour le patient et son entourage renforcent la stigmatisation (Menecier, Sagne, Menecier-Ossia, Plattier, & Ploton, 2012). Dès que ces patients sont agressifs, les professionnels deviennent moins tolérants et ressentent un sentiment d'impuissance. De plus, le type de drogue consommé influence différemment les comportements des soignants (Molina Mula et al., 2012). Bien que les infirmiers soient conscients de l'impact négatif des stéréotypes, ils admettent leur manque de connaissances pour une prise en charge adaptée des patients alcoolodépendants (Howard & Chung, 2000, cité dans Molina Mula, 2012).

Quant à la prise en charge, beaucoup d'auteurs constatent que les infirmiers sont les professionnels de la santé les plus confrontés à ce genre de patients (Chung & Howard, 2000 ; De Vargas & Labate, 2006, cité dans Molina Mula, 2012). Cette perception de l'alcoolisme est problématique car, selon Molina Mula et al. (2012), les infirmiers jouent un rôle primordial dans la prise en charge des personnes toxicomanes.

### **Question de recherche**

D'après différentes recherches, la stigmatisation en milieu hospitalier des personnes alcoolo-dépendantes semble un problème d'actualité avec des répercussions négatives sur leur prise en soins.

Le choix de traiter l'alcoolo-dépendance en particulier entre tous les problèmes d'addiction (Annexe A) est probant, car en Suisse, « neuf personnes sur dix boivent de l'alcool, une personne sur quatre fume et un demi-million de personnes disent avoir consommé du cannabis en 2014 » (Wüthrich, Maertens, & Salveter, 2015, p. 32). Ainsi, la consommation d'alcool concerne la quasi totalité de la population helvétique, rendant plus probable le développement d'une dépendance.

Selon Wicki et Stucki (2014), le nombre de prises en charge de personnes diagnostiquées comme alcoolo-dépendantes en milieu hospitalier a légèrement diminué depuis 2003, contrairement aux cas d'intoxication alcoolique qui ont eux augmenté. Cependant, cette estimation ne reflète que la pointe de l'iceberg ; en effet, cette étude ne prend pas en compte les personnes prises en charge dans des services ambulatoires. Avec 17'156 hospitalisations dues à une dépendance alcoolique en 2012, l'hôpital est donc un milieu propice à la stigmatisation (Wicki & Stucki, 2014). C'est pourquoi cette revue se focalise sur un contexte de soins

somatiques. Le domaine psychiatrique a été écarté, car le personnel est déjà sensibilisé aux problèmes d'addiction.

Ainsi, la stigmatisation du personnel soignant envers les alcoolo-dépendants dans un milieu de soins somatiques sera ciblée à l'aide de cette question de recherche :

*Comment prévenir la stigmatisation des personnes alcoolo-dépendantes par le personnel infirmier dans les milieux de soins somatiques ?*

## **Objectifs**

Lors de nos expériences pratiques, nous avons été confrontées à différentes situations difficiles lors de la prise en charge de patients souffrant d'alcoolo-dépendance. Nous avons certainement nous-mêmes eu des attitudes inadéquates envers ces patients. De ce fait, nous avons pu remarquer l'effet de groupe, l'influence de la société dans laquelle nous vivons et de notre propre expérience sur nos soins. Cela a créé en nous des conflits éthiques. En effet, dans la structure actuelle des milieux somatiques, il est difficile de prendre le temps de résoudre ces conflits internes et d'adapter notre prise en charge à ce type de patients. Ces difficultés se trouvent également chez les personnes diplômées et expérimentées et mettent en évidence les limites de la prise en charge pluridisciplinaire, l'absence de ressources et de stratégies pouvant y remédier.

Les objectifs de cette revue de littérature sont de cerner la stigmatisation dans les différents services de soins somatiques, de mettre en évidence les causes et les conséquences de la stigmatisation des personnes ayant une alcoolo-dépendance et de trouver des interventions scientifiquement significatives pouvant améliorer la

qualité de la prise en charge infirmière afin de diminuer la stigmatisation exercée sur ces patients.



## **Cadre de référence**

Les concepts définis dans les prochains chapitres ont été choisis afin de donner du sens, de la cohérence ainsi que de la pertinence à cette revue de littérature en les mettant en relation. La stigmatisation et la dépendance alcoolique sont les deux thèmes principaux de cette revue de littérature, c'est pourquoi ils ont été développés pour une meilleure compréhension des résultats. Des recherches effectuées sont ressortis le diagnostic d'overshadowing, l'éthique et la qualité des soins infirmiers. En effet, ces éléments permettent de mieux cerner le processus de stigmatisation ainsi que la responsabilité infirmière auprès de ces patients.

Ce cadre de référence permet d'orienter l'étude et ainsi de répondre au mieux à la problématique en adoptant un positionnement critique (EduTechWiki, 2016 ; Dufour, 2016).

### **La dépendance alcoolique**

La dépendance est définie comme un « ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités » (OMS, 2016).

Selon l'OMS (2016), il existe deux sortes de dépendance : la dépendance physique faisant référence à l'accoutumance et aux signes de sevrage et la dépendance psychologique se rapportant au fait d'avoir une consommation impulsive et incontrôlée.

La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes-10 (CIM-10) décrit les critères de dépendance (OMS, 2016). Ceux-ci, cités ci-dessous, doivent être présents durant au minimum trois mois et aperçus au cours de l'année précédente :

« (1) Désir puissant et compulsif d'utiliser une substance psychoactive ; (2) altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance ; (3) survenue d'un syndrome de sevrage physiologique suite à une réduction ou un arrêt de la substance ; (4) tolérance aux effets de la substance ; (5) préoccupation par l'utilisation de la substance ; (6) poursuite de la consommation de la substance psychoactive malgré la présence manifeste de conséquences nocives » (OMS, 2015).

Depuis de longues années, l'alcool est employé de diverses manières : « produit alimentaire, thérapeutique et récréatif » (Addiction Suisse, 2014, p. 1). En Suisse, c'est après 1815, suite aux progrès de la distillation que la problématique de la consommation abusive d'alcool a commencé à être thématisée. Au 19<sup>e</sup> siècle, l'alcool est très bon marché. Il est perçu comme une boisson stimulante et la consommation de celle-ci est augmentée en particulier dans les lieux où les personnes sont stressées par leur emploi. Un mouvement social contre l'alcool va alors se mettre en place. Il cherchera à démontrer la nocivité de l'alcool. Dès lors, l'alcoolisme est perçu comme une maladie (Addiction Suisse, 2014).

Concernant la prise en charge de cette maladie, les soignants sont confrontés à des difficultés. En effet, le patient idéal pour de nombreux soignants est celui qui est conscient d'être malade et d'avoir besoin d'aide et de soins (Aeschbach, 2012). Or, la dépendance à l'alcool ainsi qu'à d'autres substances est une maladie chronique autodestructrice et accaparante d'un point de vue psychologique. L'autodestruction du patient provoque chez le soignant un sentiment de désespoir ou de colère, voir même du mépris et de l'agressivité envers le toxicomane (Aeschbach, 2012).

Un autre conflit divise le toxicomane, celui d'entreprendre un processus de rétablissement ou de continuer à consommer. L'alcool devient alors en concurrence avec la prise en soins des soignants. De plus, un autre symptôme de la dépendance est que la personne a tendance à dissimuler la vérité, compliquant la mise en place

d'un partenariat avec le soignant. Si celui-ci est mal informé par rapport à l'alcoolisme, il peut alors se sentir dupé et manipulé (Aeschbach, 2012).

La dépendance alcoolique a un impact non seulement sur le personnel soignant mais surtout sur l'entourage du patient sur le plan émotionnel et matériel. Le regard des autres vis-à-vis d'un père, d'un ami, d'un enfant dépendant, l'incompréhension, la honte et le tabou autour de la maladie sont des souffrances pour les proches (Addiction Suisse, 2011).

### **La stigmatisation**

La maladie de l'alcoolisme est souvent source de stigmatisation. Afin de mieux la comprendre, il est important de préciser ses racines. D'après son étymologie grecque puis latine, le mot stigmatisation désigne « les marques au fer rouge portées par les mauvais esclaves » (Bertini, 2007, p. 664). À partir de ses origines, la racine latine *distingo* a été formée et signifie « différencier, séparer, diviser et, surtout reconnaître pour autre ». Cette racine a beaucoup plus tard amené le mot *étiquette* en français (Bertini, 2007, p. 664). En résumé, le mot stigmatisation représente la critique publique, le rabaissement moral et la mise à l'écart d'une personne pour des actes considérés comme contraires aux normes de la société. Bonsack et al. (2013) précisent que « la stigmatisation est un phénomène social très commun, qui se manifeste par la discrimination d'une partie de la population par un groupe dominant » (p. 588). Le groupe de personnes subissant un tel comportement varie en fonction du siècle et de la société. Elles sont souvent perçues comme « « paresseuses », « nuisibles » et « dangereuses » » (Bonsack et al., 2013, p. 588).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016),

« On peut définir la stigmatisation comme une marque de honte, de disgrâce, de désapprobation conduisant un individu à être évité et rejeté par les autres. La stigmatisation accompagne toutes les formes de maladie mentale, mais elle est en général d'autant plus marquée que le comportement de l'individu diffère davantage de ce qui est «normal » ».

Dans toutes les sociétés, les personnes souffrant de maladies mentales (Annexe A) ont été considérées comme déviantes. Quel que soit le diagnostic psychiatrique, la stigmatisation est toujours subie. Il a été constaté qu'actuellement, les personnes ayant des antécédents psychiatriques ont encore de la difficulté à trouver ou garder un emploi ainsi qu'à obtenir des soins de qualité (Bonsack et al., 2013).

Dans les milieux de soins, la stigmatisation du personnel envers des personnes ayant une maladie psychiatrique existe aussi. Cette attitude se traduit par une mauvaise communication soignant-soigné, une diminution de l'alliance thérapeutique, une exclusion dans les décisions, une discrimination et une déshumanisation des soins. Les conséquences de ces attitudes sont une mauvaise adhérence au traitement, une diminution de l'estime de soi, une autostigmatisation, ainsi que le sentiment de menace de traitement coercitif (Thornicroft, 2010 ; Ronzani, Higgins-Biddle, & Furtado, 2009). De ce fait, cette problématique peut avoir des répercussions sur le patient plus nuisibles que la maladie elle-même.

Le processus de stigmatisation comporte quatre étapes précises (Bonsack et al., 2013). La première phase se nomme « étiqueter » (p. 589). C'est une « fausse bonne intention » qui consiste à ne pas nommer la pathologie en tant que telle mais d'utiliser un autre nom afin de ne pas stigmatiser. Par exemple, parler d'un patient OH au lieu d'un patient alcoolique est une formule moins péjorative. Cependant, utiliser des formules détournées pour diminuer la stigmatisation empêche la prise de

conscience du patient de sa maladie et renforce le tabou autour de celle-ci (Bonsack et al., 2013).

Ensuite vient le stade de « stéréotyper » (Bonsack et al., 2013, p. 589). Celui-ci se caractérise par l'attribution « des défauts à la personne étiquetée, indépendamment des autres informations à disposition » (Bonsack et al., 2013, p. 589). Cela signifie que seuls les antécédents psychiatriques sont considérés, influençant négativement le comportement des individus. Les enquêtes relevées dans Bonsack et al. (2013) ont révélé que le personnel soignant avait davantage un comportement négatif lorsque les patients avaient un diagnostic psychiatrique en comparaison à ceux qui ont une maladie somatique. Le processus de stéréotypage se déclenche de manière inconsciente et a comme conséquence de faciliter le mécanisme de catégorisation des individus.

La troisième étape est nommée « séparer » (Bonsack et al., 2013, p. 589). L'individu porte une étiquette qui le rend différent des autres et est, dans des cas extrêmes, mis à part de la société. Quelquefois, il n'est plus pris en considération, voir même déshumanisé. Ce phénomène de séparation peut s'entendre dans le langage courant, lorsque la population utilise le verbe « être ». Par exemple, « être alcoolique » ou « avoir des problèmes d'alcool » n'ont pas le même impact. Effectivement, la première expression réduit la personne à sa maladie et accentue la séparation entre lui et les autres.

« Discriminer » est la dernière phase de ce processus (Bonsack et al., 2013, p. 590). La personne mise à l'écart de la société perd son statut social, plus subtilement « le droit à la parole, la qualité de l'écoute ou d'approbation » (p. 590). Cette discrimination renforce encore la stigmatisation de l'individu, celui-ci « devenant moins [attractif] socialement » (p. 590).

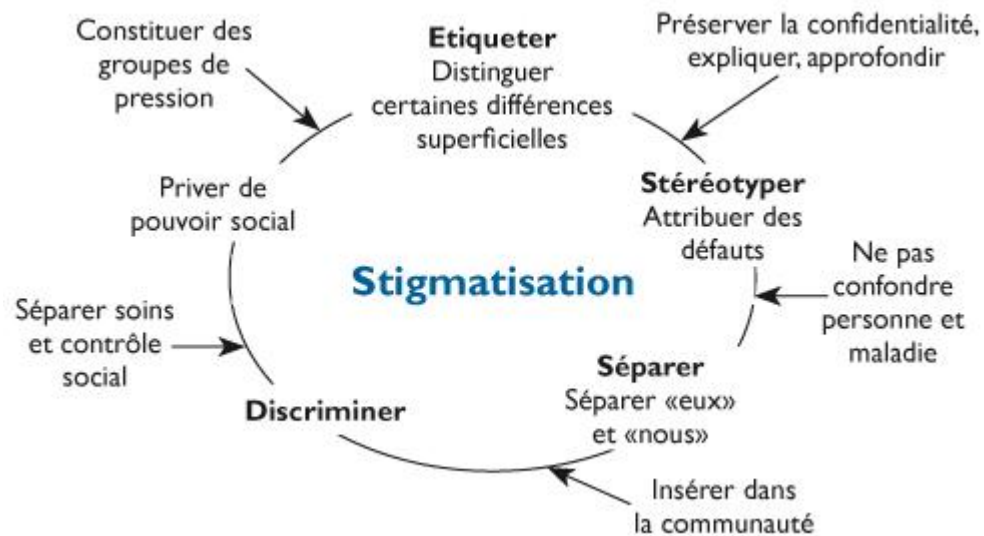


Figure 1. Processus de stigmatisation.

(Bonsack et al., 2013, p. 590)

L'étude de Corrigan et Watson (2002) relève le fait que les personnes vivant dans une « culture d'images stigmatisantes » ont alors tendance à s'autostigmatiser (p. 35). Ce sentiment a une influence sur l'état de santé. Les individus réagissent de deux façons différentes, soit ils seront passifs face à ces connotations négatives et auront une diminution de leur estime d'eux-mêmes, soit ils seront révoltés et auront un rôle actif dans leur prise en charge thérapeutique et leur rétablissement [traduction libre] (Corrigan & Watson, 2002).

Bonsack et al. précisent que « comprendre les mécanismes de stigmatisation permet de déterminer des cibles d'interventions efficaces aux niveaux individuel, institutionnel et politique » (2013, p. 588).

### Le diagnostic d'overshadowing

Afin de lutter contre la stigmatisation, il est nécessaire de mieux cerner le phénomène d'overshadowing pouvant découler de celle-ci. « Overshadow » peut être traduit littéralement en français par « éclipser », « ombrager »

(WordReference.com, 2016). L'utilisation du terme de diagnostic d'overshadowing dans le domaine des soins est justifiée par Nash (2013) lorsque des symptômes physiques sont attribués à une maladie mentale existante et non pris en considération comme pouvant être relatif à un autre problème de santé somatique. Lors d'une précédente étude, il a été observé que lorsque les individus sont diagnostiqués avec une maladie psychiatrique, ceux-ci sont étiquetés incapables ou incompetents, indignes de confiance et pas fiables [traduction libre] (Link, 1987, cité dans Nash, 2013). La stigmatisation du personnel soignant découle de la négligence dont celui-ci fait preuve à l'égard des personnes souffrant de maladies mentales (Nash, 2013).

Les attitudes négatives envers les patients, se traduisant par l'occultation du diagnostic ont trois composantes, (1) affective : concernant les sentiments et les émotions envers quelqu'un ; (2) cognitive : englobant les pensées ou les croyances et (3) comportementale : comprenant le comportement envers un individu. Par conséquent, les actions des professionnels de la santé sont influencées par leurs sensations, leurs pensées et leurs comportements. La stigmatisation se caractérise par une attitude négative envers quelqu'un. Elle influence la façon dont le soignant pense et travaille. Le diagnostic d'overshadowing, c'est-à-dire l'attribution à tort de symptômes physiques à la manifestation d'une maladie mentale en est le parfait exemple (Nash, 2013).

Selon van Nieuwenhuizen et al. (2013), les facteurs contribuant à cette problématique majeure sont, (1) le manque de connaissances et d'informations ; (2) l'attitude des professionnels de la santé envers les personnes souffrant de maladies mentales, d'abus de substance et celles étant fréquemment hospitalisées ; (3) la difficulté de la collaboration avec les services de santé mentale et (4) l'évitement des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique par peur de la violence.



Le rapport de « Disability Rights Commission » datant de 2006 (cité dans Jones, Howard, & Thornicroft, 2008), a mis en évidence que le risque de diagnostic d'overshadowing est plus fort dans certains milieux de soins. Le service des urgences sont une des unités où les patients ont eu le sentiment que leurs problèmes physiques ont été systématiquement attribués à leur maladie mentale, sans investigation supplémentaire [traduction libre].

Il est démontré que l'attitude négative de certains professionnels de la santé envers les patients souffrant d'une dépendance à la drogue et/ ou alcool ou autres, conduit à une mauvaise communication entre le patient et le soignant, à la diminution ou l'absence d'alliance thérapeutique ainsi qu'à une discréditation des symptômes physiques considérés comme le résultat d'un abus de substance. Ce processus se réfère au diagnostic d'overshadowing [traduction libre] (Palmer et al., 2009, Thornicroft et al., 2007, cité dans van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garresten, 2013).

Ce diagnostic augmente le risque de retard dans l'administration d'un traitement adapté et de ce fait, le risque de développement de complications. En résumé, l'overshadowing est une forme de stigmatisation.

### **Ethique infirmière et qualité des soins**

Les comportements de stigmatisation vont à l'encontre des principes d'éthique infirmière. L'éthique est un concept philosophique renvoyant à l'analyse des actions de l'être humain « sous l'angle du bien et du mal » (Blondeau, 2013, p. 11). L'éthique infirmière « fait référence aux processus de prise en compte de valeurs et de clarification d'ordre moral qu'exigent de nombreuses situations de soins » (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 19). Alors que l'éthique fait référence aux

comportements de l'individu, la déontologie, elle, renvoie aux devoirs spécifiques à chaque profession. Blondeau (2013), la décrit comme « l'éthique du devoir » (p. 11). La déontologie infirmière rassemble les règles et les devoirs découlant des valeurs propres à ce domaine et fournit des pistes afin de guider les actions des soignants (Blondeau, 2013).

Le métier d'infirmier est régi depuis 1953 par le Code déontologique permettant de soutenir le personnel dans son quotidien professionnel. Ce Code est régulièrement remis à jour et répond donc à la réalité et aux défis actuels de la société. Selon Le Conseil International des Infirmières (2015), celui-ci s'appuie sur « le respect des droits humains », c'est-à-dire, « le droit à la vie, à la dignité et [à être] traité avec respect ». La profession infirmière repose sur la promotion de la santé, la prévention des maladies, la restauration de la santé ainsi que le soulagement de la souffrance (Code déontologique du CII pour la profession infirmière, 2006). Les infirmiers dans leurs prestations de soins répondent aux besoins de l'individu, de leur entourage ainsi qu'à ceux de la collectivité en se coordonnant et collaborant avec les autres corps de métier impliqués (Code Déontologique du CII pour la profession infirmière, 2012). Toujours selon le Code Déontologique (2012), l'infirmier a le devoir de favoriser des soins de qualité pour le bénéficiaire, quelles que soient sa culture, ses valeurs et croyances.

D'après Rotter et Kahoah (1988) cité dans l'ouvrage de Jovic et Formarier (2009), « les soins de qualité sont centrés sur les patients, ils sont personnalisés. Les décisions de soins sont prises en regard des besoins et des ressources de chaque patient dans une perspective d'autonomie et de confort » (p. 231). Selon un rapport de l'OMS (2006), la qualité des soins devrait constamment être une préoccupation des systèmes de santé. Il se focalise sur six aspects ci-après. (1) Efficacité ; les prestations de santé se fondent sur des données et résultats

probants répondant aux besoins des individus et de la communauté. (2) Efficience ; la limitation des déchets et maximisation de l'utilisation des ressources dans l'offre en soins. (3) Accessibilité ; les prestations de soins offertes en temps opportun, à une distance géographiquement raisonnable, et fournies dans un cadre où les compétences et les ressources sont adaptées à des besoins médicaux. (4) Adaptabilité et focalisation sur le patient ; la prise en compte des besoins et des attentes des bénéficiaires de soins, de leur culture et de leur communauté. (5) Équité ; les prestations de soins ne varient pas en fonction de caractéristiques personnelles telles que le sexe, la race, l'origine ethnique, la situation géographique ou le statut socio-économique. (6) Sécurité ; les risques et dommages causés aux bénéficiaires de soins sont mesurés [traduction libre].

Les raisons amenant le prestataire de soins à être partial sont multiples. Dans le cas de cette revue, nous évoquerons principalement la difficulté à prendre en soins les patients alcoolodépendants dans des services somatiques poussant le personnel à adopter une attitude négative. Dans de telles situations, plusieurs des aspects susmentionnés sont négligés, principalement l'efficacité, l'adaptabilité, l'équité et la sécurité. Un patient souffrant d'alcoolisme et stigmatisé à cause de sa pathologie ne recevra pas les soins de qualité dont il a besoin. Par conséquent, les risques de complications liés à une mauvaise prise en soins sont augmentés.

Au regard de la définition de la qualité des soins formulée par Rotter et Kahoah (1988, cité dans Jovic et Formarier, 2009), un soignant ayant une attitude stigmatisante ne prend en considération ni les besoins d'un patient souffrant d'alcoolisme, ni ses ressources. Par conséquent, ce comportement n'est en adéquation ni avec le Code de déontologie, ni avec l'éthique infirmière qui insistent sur le respect de la personne et sa dignité ainsi que sur les responsabilités du

personnel infirmier incluant la promotion et la restauration de la santé ainsi que le soulagement des souffrances, qu'elles soient physiques ou psychiques.

## Méthode

## Devis

Dans le cadre de ce travail de Bachelor, une revue de littérature est réalisée. Celle-ci équivaut selon Coughlan, Ryan et Cornin (2013, cité dans Lambelet, 2014) à « une évaluation critique de recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique » (p. 5). Selon les critères reçus, entre six et dix articles scientifiques Evidence Based Nursing (EBN) sont sélectionnés de manière systématique dans différentes banques de données en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion déterminés au préalable. Au final, les recherches permettront de répondre à la question de recherche et de faire ressortir des interventions en lien avec la problématique choisie.

## Stratégie de recherche

Pour l'élaboration de cette revue de littérature, des informations générales concernant la question de recherche ont été effectuées à l'aide de différents livres, de recherches sur Google Scholar ainsi que dans de nombreuses revues en ligne thématiques la stigmatisation et l'alcoolisme. A partir de ces recherches, des mots-clés ont été identifiés. Ceux-ci ont alors été traduits grâce au transcritteur « InSerm » de Pubmed en mots MeSH (Medical Subject Headings) (Tableau 1).

Tableau 1

*Tableau récapitulatif des mots-clés en français traduits en anglais (MeSH)*

Mots en français	Mots en anglais MeSH
<b>Stigmatisation</b>	Stereotyping
<b>Personnel soignant</b>	Nurses, attitudes of health personnel, primary health care
<b>Alcoololo-dépendant</b>	Alcoholism, addictive behavior, alcohol-related disorder

Les recherches d'articles ont été effectuées de novembre 2015 à mai 2016 sur les deux banques de données choisies, PubMed et Embase. PubMed est l'un des principaux moteurs de recherche d'articles scientifiques dans le domaine de la biologie et de la médecine (Wikipédia, 2014). Embase est quant à elle une base de données d'articles scientifiques dans le domaine biomédical (Embase, 2016).

Pour effectuer les recherches dans ces banques de données, les mots MeSH ont été assemblés et reliés par la conjonction « AND ». Les différentes associations utilisées figurent dans un tableau en annexe B. Lors des recherches dans ces deux banques de données, le filtre « publié entre 2006 et 2016 » a été directement utilisé. De plus, lorsque les articles trouvés n'étaient pas disponibles en version complète, ceux-ci ont été recherchés sur Google Scholar.

### **Sélection des articles**

Les articles trouvés ont été triés en fonction des critères d'inclusion suivants : articles écrits en français, allemand, anglais ou espagnol, publiés dans des pays industrialisés ou Pays Développés à Économie de Marché (PDEM). Les études doivent prendre en compte des personnes majeures souffrant de dépendance, plus précisément d'alcool-dépendance, et être ciblées sur la stigmatisation du personnel infirmier des milieux somatiques. De plus, les études sélectionnées démontrent de la pertinence méthodologique.

Dans nos recherches, nous avons exclu les articles ayant été publiés avant 2006, ceux concernant les services pédiatriques et les services de psychiatrie, les études à devis non-scientifique ainsi que les études faites dans des pays en voie de développement. Toutefois, certains articles concernant les services de psychiatrie

ont été inclus lorsqu'ils étaient comparés avec des services de soins somatiques dans le but d'évaluer la différence de stigmatisation entre ces services.

Le choix a été fait de sélectionner des articles réalisés dans des pays PDEM afin que leurs résultats soient transférables à la situation suisse. Ces pays sont caractérisés par un indice de développement humain élevé ainsi qu'une bonne économie de marché (Wikipédia, 2016).

Sept articles ont été sélectionnés grâce à cette méthode, ceux-ci sont listés dans l'annexe B.

### **Étapes d'analyses**

Une fois les articles sélectionnés, ils ont été analysés à l'aide de grilles de lecture et d'évaluation d'études qualitatives et quantitatives (Fortin, 2010 ; Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Ce sont tout d'abord les grilles de lecture qui ont été remplies, celles-ci permettant d'évaluer la qualité méthodologique de l'article choisi. Ensuite, la grille d'évaluation a été utilisée afin de confirmer la pertinence et la qualité de chaque article et de synthétiser les parties essentielles de celui-ci. Ces deux grilles sont alors remplies pour chaque article sélectionné et se trouvent en Annexe C.

Afin de faire ressortir les éléments probants des études trouvées, les résultats de chaque article sont rassemblés sur un seul document (Annexe D). Ceci permet d'avoir une vue globale des designs des études, de leur thématique, de leur échantillon, de leur setting et de leur qualité méthodologique.

Ensuite, les éléments essentiels des résultats ont été analysés et synthétisés dans des chapitres distincts. Chaque chapitre correspond à une thématique précise qui a été déterminée en fonction des objectifs de cette revue de littérature et des



résultats des articles sélectionnés (Klingshirn, A.A., communication personnelle [Présentation PowerPoint], janvier 2016). Ainsi, l'étiologie de la stigmatisation, ses manifestations et les pistes d'actions possibles pour lutter contre la stigmatisation des personnes alcoolodépendantes de la part du personnel soignant seront mises en évidence.

## Résultats

## **Résultats des recherches**

Lors des recherches dans les banques de données, 134 articles ont été trouvés (Figure 2). A partir de ceux-ci, un premier tri dans les articles a été fait en fonction de la thématique traitée. Suite à cela, il en restait vingt-cinq pouvant être intéressants pour ce travail. Après une deuxième sélection grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion cités ci-dessus, dix-sept articles ont alors été choisis. Suite à la lecture et à l'évaluation du contenu et de la méthodologie, dix d'entre eux ont été exclus. Neuf ne pouvaient pas être généralisés aux infirmiers et/ou ne prenaient pas en compte l'alcool. Le dixième est une revue de littérature traitant de la même thématique (van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garresten, 2012). Cependant, il a été utilisé pour appuyer la discussion.

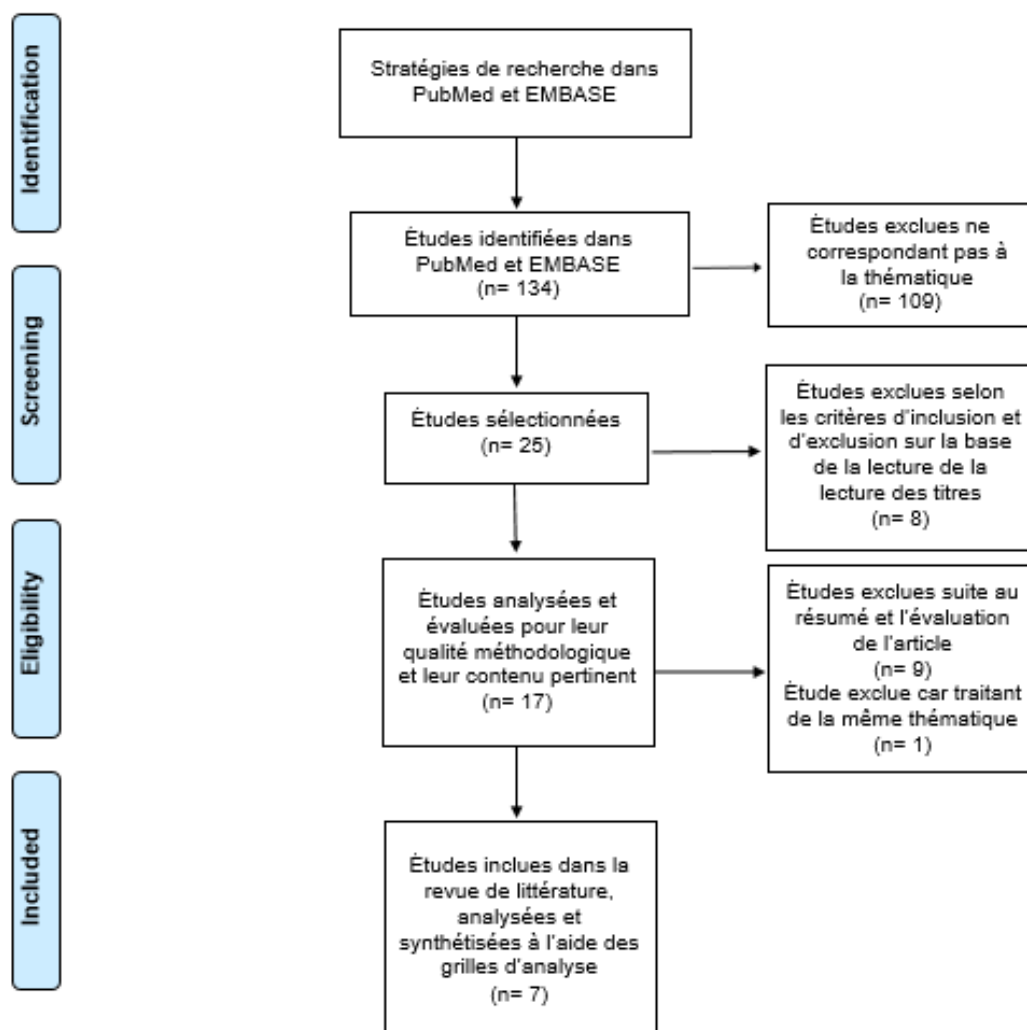


Figure 2. Flow diagramme récapitulant des étapes de sélection de recherche.

(Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009)

Grâce à cette étape, sept articles avec un devis quantitatif et qualitatif ont été retenus (Annexe B). Parmi ceux-ci, un concernant les soins à domicile a été choisi. En effet, il était pertinent de s'intéresser à ce domaine de soins somatiques hors hospitalier. De plus, le domicile est le lieu de soins principal des personnes ayant une maladie chronique (Progin & Sager Tinguely, 2011). Lors des recherches, il fut difficile de trouver suffisamment d'articles avec ces critères. Deux articles très intéressants sur notre problématique sont inclus malgré qu'ils soient publiés au Brésil. Néanmoins, ce choix est justifié, car le Brésil est un pays émergent et non

pas un pays en voie de développement. Les études sélectionnées se sont déroulées dans des grands centres urbains. De plus, la problématique de l'alcool est également présente au Brésil : en 2010, 5,6% de la population souffrait de problèmes d'addiction à l'alcool (OMS, 2014).

Après avoir rempli les grilles d'analyse, tous les articles ont été retenus.

### **Analyse critique de la méthodologie de l'ensemble des études**

L'ensemble des articles sélectionnés représente 6 études quantitatives dont deux de type transversal (Rao et al., 2009 ; Amaral-Sabadini, Saitz, & Souza-Formigoni, 2010), une interventionnelle comparative (Vadlamudi, Adams, Hogan, Wu, & Wahid, 2007), une autre comparative en coupe transversale multicentrique (Gilchrist et al., 2011), une exploratoire non-contrôlée avec un échantillon intentionnellement défini (Mota Ronzani et al., 2009) et une dernière étude corrélative prospective (Amaral-Sabadini, Cheng, Lloyd-Travaglini, Samet, & Saitz, 2012). L'étude de Peckover et Chidlaw (2007) était la seule à avoir un design qualitatif exploratoire. Ces études se sont majoritairement déroulées en Europe, à savoir en Angleterre (Rao et al., 2009 ; Peckover & Chidlaw, 2007), en Bulgarie, en Grèce, en Italie, en Pologne, en Ecosse, en Slovaquie, en Slovénie et en Espagne (Gilchrist et al., 2011). Deux autres études ont été élaborées aux Etats-Unis (Vadlamudi et al., 2007 ; Amaral-Sabadini et al., 2012) et les deux dernières au Brésil (Amaral-Sabadini et al., 2010 ; Mota Ronzani et al., 2009). Les participants des études de cette revue de littérature étaient principalement des soignants (Annexe D). Les domaines de soins étaient divers, soit des centres de soins en médecine aigue, des soins à domicile et des centres de soins généraux. L'étude d'Amaral-Sabadini et al. (2012) a interrogé des

patients dépendant aux substances, tandis que celle de Vadlamudi et al. (2007) a questionné des étudiants d'une école de santé.

Un dernier élément jugeant la qualité méthodologique des articles sélectionnés est l'approbation de l'étude par un comité d'éthique. Cinq études (Rao et al., 2009 ; Amaral-Sabadini et al., 2010 ; Mota Ronzani et al., 2009 ; Amaral-Sabadini et al., 2012) ont reçu cette approbation dont une qui a fait signer un consentement éclairé aux participants (Peckover & Chidlaw, 2007). Cependant, dans les études de Gilchrist et al. (2011) et de Vadlamudi et al. (2007), il n'est pas fait mention d'une quelconque approbation éthique. Ces données n'ont pas été vérifiées auprès des auteurs. Malgré ce manque de rigueur, nous avons sélectionné ces articles, car ils apportaient des éléments intéressants pour notre question de recherche et la population interrogée est déjà sensibilisée au secret professionnel.

## **Synthèse thématique**

Les résultats obtenus des différents articles analysés font ressortir trois thématiques, à savoir les manifestations de la stigmatisation envers les patients alcoolo-dépendants, son étiologie et les interventions infirmières contre celle-ci.

### **Manifestations**

Une étude qualitative concernant les infirmières des soins à domicile du Nord de l'Angleterre prenant en charge des patients dépendants a démontré que le personnel infirmier les considérait comme dangereux (Peckover & Chidlaw, 2007). Par conséquent, le personnel infirmier diminue son temps de passage chez la personne concernée et/ou ne s'y rend plus seul. Une autre forme de stigmatisation est remarquée lorsque les soignants ne considèrent plus les émotions, les besoins

physiques et sociaux du patient. Ceci a pour conséquence une déshumanisation des soins apportés à la personne dépendante. Celle-ci n'est plus prise en compte à part entière dans la prise en charge [traduction libre] (Peckover & Chidlaw, 2007).

### **Etiologie ou facteurs influençant**

De nombreux facteurs influençant ont été mis en évidence dans les différents articles analysés. Gilchrist et al. (2011), relèvent que le type de drogue joue un rôle dans l'égard que le personnel soignant a envers la personne souffrant d'addiction. De façon générale, l'attention portée aux patients dépendants est moindre que chez les autres types de patients. Gilchrist et al. (2011) se sont intéressés à 8 pays européens afin de comparer les considérations des professionnels de la santé par rapport à différents types de patients. Ils ont mis en évidence que le choix du pays interrogé n'influencait pas la volonté de travailler avec des patients toxicomanes qui est bien moins élevée que celle de prendre en charge des patients dépressifs ou diabétiques. Les pays ayant récemment rejoints l'Union européenne, tels que la Bulgarie, la Pologne, la Slovaquie et la Slovénie, sont ceux démontrant le moins de considération vis-à-vis des patients souffrant d'addiction.

La qualité de la prise en charge de la population ciblée dépend aussi du service de soins selon l'étude de Gilchrist et al. (2011). Les chercheurs relèvent que les soignants d'unité de soins aigus (Annexe A) sont ceux ayant le moins d'égard en comparaison avec une unité de psychiatrie ou d'un service d'addiction. Le personnel du service d'addictologie sont ceux ayant montré le plus d'égard vis-à-vis des patients toxicomanes. Cette étude démontre également que les infirmiers en comparaison avec les médecins et les psychiatres sont ceux portant le moins de considération envers les patients souffrant d'alcoolisme (Gilchrist et al., 2011). Cette même constatation a été faite dans l'étude de Mota Ronzani et al. (2009). A

contrario, il semblerait que la considération du personnel infirmier soit plus élevée envers les patients consommant de la drogue que les deux autres professions citées (Mota Ronzani et al., 2009).

Les années de pratique ont aussi un impact négatif sur la considération des professionnels de la santé. De manière générale, les soignants ayant moins de 10 ans d'expérience professionnelle dans le domaine montrent plus d'égard envers les patients toxicomanes que leurs aînés (Gilchrist et al., 2011). Au contraire de ce qu'ont relevé Gilchrist et al. (2011), Mota Ronzani et al. (2009) n'ont pas trouvé de corrélation positive entre le nombre d'années de pratique et les attitudes négatives. Cependant, ils soulignent que l'âge des professionnels influence le jugement moral qu'ils portent sur les personnes toxicomanes, en d'autres termes, plus le soignant est âgé, plus la moralisation est présente.

Selon l'étude sur l'attitude, les croyances et le niveau de confiance des infirmiers au sujet des patients alcoolo-dépendants (Vadlamudi et al., 2007), la différence de sexe, du niveau de formation, des problèmes personnels avec l'alcool ou le fait d'avoir un proche souffrant d'alcoolisme n'auraient aucun effet statistiquement significatif sur l'attitude des soignants. Cependant, des antécédents professionnels avec ce type de patient sont un facteur favorisant une prise en soins adaptée à ces patients.

Dans une étude interrogeant 160 professionnels de la santé (Amaral-Sabadini et al., 2010), soixante-huit pourcent d'entre eux pensent que le dépistage systématique des personnes souffrant de dépendance dans leur pratique clinique journalière augmenterait leur charge de travail. De plus, ces mêmes personnes pensent majoritairement ne pas avoir la formation suffisante ou adéquate pour le faire. Cinquante-trois pourcent des professionnels ne se sentent pas capables de



faire de la clinique préventive. Contrairement à l'étude précédente de Gilchrist et al. (2011), cette étude sur l'impact de l'attitude des soignants sur la mise en place de soins préventifs pour les personnes souffrant de toxicomanie ne montre pas de différence significative d'attitude entre les corps de métier de la santé.

Peckover et Chidlaw (2007), dans leur étude auprès des infirmiers aux soins à domicile, démontrent que ceux-ci sont mal préparés et souffrent d'un manque de connaissances pour travailler avec des patients souffrant d'addiction. De plus, les préjugés et les stéréotypes renvoyés par la société influencent négativement la représentation de ces patients et donc la qualité de leurs prestations de soins.

Une étude évaluant les attitudes stigmatisantes des soignants envers les personnes ayant une maladie psychiatrique (Rao et al., 2009) démontre que les personnes souffrant de dépendance à une drogue sont plus stigmatisées que les personnes abstinentes [traduction libre] (2009). Elle relève aussi que la façon dont le patient est présenté influence la perception positive ou négative qu'auront les autres professionnels de la santé envers ce patient [traduction libre] (2009).

### **Interventions contre la stigmatisation**

Trois des articles retenus proposent des interventions luttant contre la stigmatisation des personnes alcoolo-dépendantes. D'après Vadlamudi et al. (2007) et Peckover et Chidlaw (2007), le manque d'informations peut entraîner des attitudes négatives vis-à-vis des patients alcooliques. Les infirmiers participant à l'étude de Peckover et Chidlaw (2007) admettent leurs lacunes. Ils reconnaissent alors qu'une formation continue serait bénéfique afin d'offrir des prestations de meilleure qualité à cette population. La formation permettrait également aux prestataires de soins de se sentir plus en sécurité et en confiance dans leur pratique.

L'étude de Vadlamudi et al. (2007) a testé une intervention éducative et évalué son influence sur les attitudes, les croyances et le niveau de confiance des infirmiers des services somatiques par rapport aux patients alcooliques. Les résultats attestent que l'intervention éducative proposée a un effet positif significatif sur la perception des infirmiers envers les patients souffrant d'alcoolisme. Cette intervention améliore aussi la confiance en soi des infirmiers des soins somatiques dans la prise en charge des patients alcooliques [traduction libre]. Plus concrètement, les soignants ayant peu ou pas d'expérience avec les patients alcoolo-dépendants ont nettement amélioré leur niveau de confiance grâce à l'intervention éducative, contrairement à ceux qui avaient plus d'expérience. Les auteurs proposent d'évaluer l'effet de cette intervention sur un long terme en proposant des séances de rappel.

L'étude d'Amaral-Sabadini et al. (2010) propose d'améliorer la satisfaction du personnel au travail ainsi que d'augmenter les responsabilités professionnelles pour diminuer la stigmatisation. En effet, une corrélation positive significative a été établie entre la disponibilité à mettre en place des soins préventifs ciblés et une meilleure satisfaction à travailler avec les patients cibles. Ce résultat signifie que lorsque les professionnels sont satisfaits de leur lieu de travail et qu'ils ne voient pas d'inconvénients à travailler avec des patients ayant une alcoolo-dépendance, ils mettent plus facilement en place des interventions ciblées et adaptées à ces patients. Cette étude (Amaral-Sabadini et al., 2010) démontre également que lorsque les professionnels de la santé des soins à domicile reçoivent des responsabilités dans la prise en charge d'un patient alcoolique, ils ont alors plus d'intérêt à adapter leur prise en soins. En d'autres termes, ils s'intéressent davantage aux besoins du patient et de ce fait, auront une attitude moins stigmatisante qu'un autre infirmier non-référent de la prise en charge.

## Discussion

## Réponse à la question de recherche

Les résultats obtenus après les analyses des articles mettent clairement en évidence les attitudes inadaptées et irrespectueuses du personnel infirmier menant à des conséquences nuisibles pour le patient alcoolodépendant et de ce fait allant à l'encontre du Code de déontologie, de l'éthique et de la qualité des soins infirmiers. Afin de prévenir la stigmatisation, il faut comprendre son étiologie. Le processus de stigmatisation contient plusieurs étapes débutant de manière inconsciente et pouvant aller jusqu'à la discrimination de la personne, la conduisant à perdre son statut social (Bonsack et al., 2013). Les infirmiers ressentent de la frustration, car les patients alcoolodépendants n'entrent pas dans le cliché « du patient idéal » (Aeschbach, 2012, p. 893). L'impuissance et la non-compréhension de l'obsession qu'ils ont quant à la substance, vont contribuer à ce processus de la part des soignants (Aeschbach, 2012).

Les attitudes du personnel infirmier sont aussi relevées à travers le diagnostic d'overshadowing. Ce concept n'a pas été présenté dans les différents articles analysés, cependant, même non-décrit, il est présent. Il ressort principalement lorsque les chercheurs décrivent que les soignants parlent de patients moins méritants ainsi que de perte de temps dans la prise en charge de ceux-ci (Skinner et al., 2007, cité dans Gilchrist et al., 2011), un manque de considération et d'attention (Peckover & Chidlaw, 2007 ; Sleeper & Bochain, 2013), un problème de santé non considéré comme une maladie (Sleeper & Bochain, 2013 ; Crothers & Dorrian, 2011),... Toutes ces caractéristiques se réfèrent au diagnostic d'overshadowing comme l'avaient constaté van Boekel et al. dans leur revue de littérature datant de 2012 et sont en contradiction avec les exigences de promotion de la santé, de

prévention de maladie, de restauration de la santé ainsi que du soulagement de la souffrance dictées par le Code de déontologie de l'éthique infirmière.

Au vu du peu de littérature faisant référence à ce concept, il semblerait que celui-ci ne soit pas encore très connu ou pas pris en considération dans les milieux de soins et de la recherche. Cependant, les résultats présentés montrent bien l'importance de mettre le diagnostic d'overshadowing en lumière afin de mettre en place des interventions sensibilisant le personnel soignant à cette problématique dans le but de prévenir la stigmatisation des infirmiers et ainsi d'améliorer la qualité des soins envers les personnes alcoolo-dépendantes dans les milieux de soins somatiques.

### **Discussion des résultats**

Deux études montrent que les infirmiers ont une perception négative des alcoolo-dépendants. Ceux-ci sont considérés comme dangereux et imprévisibles (Peckover & Chidlaw, 2007 ; Crips et al., 2007). Le petit échantillon de l'étude qualitative exploratoire de Peckover et Chidlaw (2007) sur la prise en charge des infirmières à domicile de patients dépendants ne permet pas de généraliser les résultats obtenus, mais relèvent des éléments importants. Cet article relève quelques conséquences de la stigmatisation amenant, par exemple, les infirmiers à raccourcir le temps de leur prise en charge et à ignorer les demandes des clients en leur accordant peu d'attention (Peckover & Chidlaw, 2007 ; Sleeper & Bochain, 2013).

Les sept études ont relevé que les infirmiers des services de médecine ne souhaitent pas prendre en charge des patients psychiatriques, sauf si ceux-ci sont considérés comme vraiment malades, car ils avaient d'autres priorités et ne voulaient pas perdre du temps et de l'argent (Bailey, 1994 ; Mavundla, 2000 ;

Happell, 2005 ; Lethoba, Netswera, & Rankhumise, 2006 ; Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2006 ; Thornicroft, 2007 ; Picard, 2008, cité dans Ross & Goldner, 2009).

Dans l'étude de Sleeper et Bochain (2013), concernant la perception des patients dépendants dans une institution de réhabilitation, les participants ont ressenti un manque d'investissement général de la part du personnel soignant. Il a également été observé que beaucoup de ces patients manquent d'informations, abandonnent le traitement et se sentent privés de liberté (Caria, 2008 ; Castillo, Lannoy, Sez nec, Januel, & Petitjean, 2008 ; Saltel & Jaff, 1998 ; Sayce, 2010 ; Schulze, 2007 ; Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner, Dickson, et al., 2002 ; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, Leese, & INDIGO Study Group, 2009 ; Torrey, 1994, cité dans Lamboy & Saïas, 2013). En effet, les personnes ayant une dépendance avaient l'impression d'être en prison, c'est-à-dire qu'ils se sentaient obligés de suivre les interventions proposées par le soignant sans être du même avis (Sleeper & Bochain, 2013).

Les conséquences directes des comportements stigmatisants par le personnel soignant et/ou par la société sont une baisse de l'estime de soi, des problèmes d'adaptations sociales, de l'isolement (Caria, 2008 ; Castillo, Lannoy, Sez nec, Januel, & Petitjean, 2008 ; Saltel & Jaff, 1998 ; Sayce, 2010 ; Schulze, 2007 ; Thompson, Stuart, Bland, Arboleda-Florez, Warner, Dickson, et al., 2002 ; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius, Leese, & INDIGO Study Group, 2009 ; Torrey, 1994, cité dans Lamboy & Saïas, 2013) et de l'autostigmatisation (Bonsack et al., 2013). Selon Goffman, l'autostigmatisation est à l'origine du sentiment de honte, de culpabilité, d'infériorité et du désir que la maladie reste un secret [traduction libre] (1963, cité dans Stuart, 2005).

D'après une étude dans plusieurs services hospitaliers (Gilchrist et al., 2011), le personnel soignant d'unité de soins somatiques est celui ayant le moins de considération pour les patients toxicomanes. Ross et Goldner (2009) relèvent aussi que les infirmiers dans des services de soins généraux éprouvent de la peur et de l'hostilité envers les patients souffrant de maladies mentales au détriment de la qualité des soins [traduction libre].

Ces sentiments négatifs présents lors de soins peuvent aussi être en lien avec les manques de ressources appropriées et d'infrastructure assurant un environnement professionnel sécurisé [traduction libre] (Ross & Goldner, 2009). Ces mêmes résultats ont été établis dans l'étude de Peckover et Chidlaw (2007) : le sentiment d'insécurité et les prestations de soins inadaptées sont, entre autres, mises en lien avec le manque d'infrastructure adaptée et de ressources institutionnelles disponibles. D'ailleurs, celles-ci influencent la satisfaction des professionnels au travail, la gestion et la répartition des responsabilités dans les prises en charge des patients souffrant de dépendance (Amaral-Sabadini et al., 2010). Les données recueillies dans cette étude sont objectives, car les auteurs ont utilisé trois outils de mesure adaptés et validés. Toutefois, ces éléments ne sont pas plus détaillés (Amaral-Sabadini et al., 2010).

Un autre élément relevé par la majorité des participants de l'étude d'Amaral-Sabadini et al. (2010) est le manque de temps. Celui-ci expliquerait le peu de considération du personnel soignant à prendre en charge et à mettre en place des soins préventifs de qualité aux patients toxicomanes. Gilchrist et al. (2011) et Ross et Goldner (2009) soulignent qu'une absence ou une mauvaise collaboration/coordination entre les infirmiers de santé mentale et ceux d'unités somatiques augmente aussi les attitudes négatives à l'encontre des patients toxicomanes.

Il a été constaté que le personnel infirmier est celui ayant l'attitude la plus stigmatisante envers les patients alcoolo-dépendants (Gilchrist et al., 2011). Il est cependant important de nuancer ce résultat, car cette étude a porté sur différents pays européens avec un échantillon déséquilibré entre les corps de métier de la santé. Toutefois, Mota Ronzani et al. (2009) relèvent le même résultat, ici généralisable, dans un contexte totalement différent, le Brésil. En effet, pour cette étude, les chercheurs décrivent la participation comme plutôt équilibrée entre les différents acteurs de soins.

Les caractéristiques personnelles et professionnelles avec les patients alcoolo-dépendants ont un impact sur l'attitude adoptée. Vadlamudi et al. (2007), dans leur étude auprès d'étudiants infirmiers aux États-Unis, mettent en évidence que les facteurs intrinsèques n'influencent pas l'attitude de l'infirmier. Ils ajoutent qu'avoir un proche souffrant d'alcoolisme n'est pas un facteur protecteur. On pourrait aussi penser que les soignants ayant une consommation régulière d'alcool soient plus compréhensifs envers un patient souffrant d'alcoolisme. Cependant, selon Crothers et Dorrian (2011), il semblerait que ceux-ci trouvent peu gratifiant de travailler avec des patients alcoolo-dépendants.

Contrairement aux résultats relevés par Vadlamudi et al. (2007), une autre étude met en évidence que le désintérêt du personnel soignant envers les personnes souffrant de dépendance est proportionnelle aux années d'expérience (Gilchrist et al., 2011). Mota Ronzani et al. (2009) ajoutent que plus le soignant est âgé, plus il aura une attitude moralisatrice à l'égard de ce type de patients. De plus, Crothers et Dorrian avancent que les infirmiers âgés croient plus fermement que l'alcoolisme est une maladie [traduction libre] (2011). Ces résultats démontrent que le problème de la stigmatisation des personnes alcoolo-dépendantes n'est pas seulement limité à



l'Europe puisqu'un des articles porte sur une population brésilienne et un autre sur un échantillon australien.

Les articles lus et analysés mettent en évidence un manque de connaissances et d'informations du personnel infirmier favorisant les attitudes négatives envers les patients alcoolo-dépendants (Amaral-Sabadini et al., 2010 ; Gilchrist et al., 2011 ; Peckover & Chidlaw, 2007). Bien que le premier article expose un échantillon plutôt restreint et que le deuxième thématise seulement sur les infirmiers aux soins à domicile, les résultats obtenus se retrouvent dans d'autres articles. Sleeper et Bochain (2013) ainsi que Ross et Goldner (2009) soulignent également que le manque de connaissances des infirmiers en soins généraux est prédictif des attitudes stigmatisantes envers les patients atteints de maladie mentale. Une formation de base insuffisante ainsi que le manque de soutien et de supports dans le quotidien professionnel favorisent des mauvaises prestations de soins [traduction libre].

L'étude de Vadlamudi et al. (2007) a démontré l'effet positif d'une intervention éducative chez des étudiants en soins infirmiers concernant leurs attitudes, leurs croyances et leur niveau de confiance dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants. Bien que les résultats ne soient pas généralisables avec un échantillon de 181 personnes, cette étude apporte un élément significatif, à savoir que les cours proposés permettent de changer les attitudes de ces futurs soignants vis-à-vis des personnes alcoolo-dépendantes. Reyre et al. (2014) soutiennent également l'importance de la confiance dans la relation entre le patient et le professionnel de la santé. Le but de l'intervention éducative proposée par Vadlamudi et al. (2007) est de sensibiliser ces futurs professionnels à adapter leur prise en charge aux dépendants, plus précisément à dépister l'alcoolisme et à proposer des interventions aidant le patient à se rétablir. Celle-ci est composée d'une partie

théorique puis pratique sous forme de jeux de rôle. Cette étude souligne surtout l'importance d'avoir une partie pratique pour assurer l'efficacité de l'intervention.

Ceci a également été prouvé par l'étude de Pons Lalaguna, Carrion Ribas et Aymerich (2014) qui avait pour but de démontrer l'efficacité de l'apprentissage par problèmes sur des étudiants en médecine afin d'améliorer les prises en charge des personnes dépendantes. En bref, il est important que les futurs professionnels de la santé reçoivent une partie théorique ainsi que pratique avec des situations cliniques les plus réalistes possibles, pour qu'ils puissent s'exercer à proposer des interventions ciblées aux problématiques retrouvées dans les prises en charge de patients alcoolo-dépendants.

L'étude de Corrigan et Psy (2011) relève l'importance des interventions ci-dessus auprès des professionnels de la santé, mais ne les trouvent pas suffisantes. Dans cet article, les auteurs élargissent leur population cible à la société tout entière sans la limiter au personnel soignant. Selon eux, la rencontre avec une personne alcoolo-dépendante permettrait de changer les attitudes des gens davantage qu'une intervention éducative seule. Les effets positifs engendrés par une rencontre durent plus longtemps que ceux d'un cours théorique ou pratique (Corrigan & Psy, 2011). Cette étude aimerait proposer des rencontres de personnes souffrant de maladie mentale ayant des postes à responsabilités avec des individus occupant les mêmes postes qu'eux. Ainsi, les stéréotypes vis-à-vis des personnes souffrant de maladies mentales seraient diminués. Un dernier élément intéressant proposé par Corrigan et Psy (2011) est de réitérer à plusieurs reprises ces rencontres afin de créer un lien entre les personnes et ainsi de limiter la stigmatisation sur un plus long terme.

Comme Corrigan et Psy (2011) le décrivent, la stigmatisation des personnes souffrant d'alcoolisme n'est pas une problématique touchant uniquement les

infirmiers. En effet, ceux-ci seraient influencés par les jugements et les stéréotypes de la société à l'égard de ces personnes. Les termes employés pour désigner les personnes souffrant de dépendance sont très représentatifs du jugement de valeur que la société leur porte, renforce l'image négative et de ce fait l'attitude inadaptée du personnel soignant (Peckover & Chidlaw, 2007). Comme l'expliquent Sartorius et Schulze (2005, cité dans Ross & Goldner, 2009), les attitudes négatives et les préjugés sont influencés par le contexte culturel, historique ainsi que les représentations de ce type de personnes transmises par les médias [traduction libre]. La peur des patients souffrant d'addiction provoquée par des stéréotypes les décrivant comme dangereux, violents et imprévisibles sont des croyances présentes dans la société (Ross & Goldner, 2009 ; Sleeper & Bochain, 2013).

Bien qu'au cours de ces 20 dernières années, la tolérance des professionnels de la santé a augmenté à l'égard des personnes alcoolo-dépendantes, l'opinion générale, elle, reste inchangée (Schomerus, Matschinger, Lucht, & Angermeyer, 2014). L'étude de Schomerus et al. (2014) montre que malgré les initiatives visant à diminuer la stigmatisation des personnes alcoolo-dépendantes, celle-ci n'a pas diminué entre 1990 et 2011. Sleeper et Bochain (2013) ont aussi constaté qu'encore de nos jours, beaucoup de personnes ne considèrent pas la toxicomanie comme une maladie mais comme un manque de volonté. Toutes ces représentations de la société influencent les prestations de soins délivrées ainsi que la relation soignant-soigné (Sullivan, 1995, cité dans Crothers & Dorrian, 2011). Skinner, Feather, Freeman et Roche (2007, cité dans Gilchrist et al., 2011) rapportent que les infirmiers, considérant les patients dépendants comme moins méritants, admettent une qualité moindre des prestations de soins pour ce type de patients.

À noter que la perception de la société tout comme le manque de formation du personnel infirmier n'est pas imputable à une seule culture mais sont généralisables

aux pays industrialisés. En effet, les articles analysés portant sur ce sujet ont été non seulement réalisés dans de nombreux pays européens : Gilchrist et al. (2011) , Peckover et Chidlaw (2007), mais aussi hors Europe : Amaral-Sabadini et al. (2010). Cette constatation renforce l'importance de mettre l'accent sur cette problématique actuelle et répandue.

### **Forces et limites**

Grâce à l'encadrement reçu pour ce travail, cette revue de littérature tient compte d'une démarche objective. De plus, avoir travaillé en équipe de trois a été également un atout dans l'élaboration de cette revue. Les échanges fructueux ont apporté une plus grande pertinence à l'écriture de ce travail. Celui-ci met en évidence des résultats généraux sur cette problématique, malgré le peu de littérature scientifique sur cette thématique. Grâce au choix des articles provenant d'Europe, des Etats-Unis et du Brésil, la généralisation des résultats de cette revue de littérature s'est élargie de l'Europe au monde entier. Malgré l'inexpérience des auteures dans l'écriture scientifique, toutes les étapes de recherche et d'écriture ont pu être effectuées dans le temps imparti.

Cette revue de littérature comporte tout de même des limites. En principe, le but d'une revue de littérature est d'apporter un élément nouveau aux sciences infirmières par rapport à un sujet donné. Malheureusement, lors des recherches d'articles, une revue de littérature récente reprenant notre thématique a été trouvée. Afin de procéder de manière systématique, nous aurions dû nous en inspirer et trouver des éléments nouveaux pouvant compléter cette revue de littérature en s'inspirant d'articles plus récents. Nous avons préféré ne pas analyser cette revue de littérature, car il nous semblait difficile de trouver assez d'articles récents sur la

même thématique. Toutefois, certaines de nos études sélectionnées ont été incluses dans la revue de littérature en question.

D'un point de vue méthodologique, la sélection d'articles et les associations de mots MeSH choisies ont manqué de rigueur. Il a été difficile de trouver suffisamment d'articles sur le sujet selon les critères d'inclusion et d'exclusion, ceci peut être dû au nombre restreint d'associations de mots MeSH utilisés. De ce fait, les études analysées prennent en compte plusieurs domaines de soins. Elles ne sont pas que centrées sur les soins infirmiers et s'intéressent plus généralement aux maladies mentales ou à l'abus de substance plutôt qu'à l'alcoolisme.

Malgré le manque de rigueur méthodologique de certaines études, à savoir le défaut d'une mention d'approbation par un comité d'éthique, nous avons préféré les garder de peur de prendre du retard sur la rédaction de notre travail et par manque de littérature disponible. D'autres limites de cette revue ont été la restriction du temps mis à disposition pour l'élaboration de ce travail, le nombre d'articles sélectionnés et la langue utilisée dans les études scientifiques. Les traductions et la compréhension de l'anglais ne nous ont pas permis de retranscrire toutes les subtilités des textes sélectionnés.

### **Implications pour la pratique**

Cette revue de littérature permet de mettre en avant les points importants pour la pratique infirmière, non seulement en milieu somatique, mais aussi dans d'autres domaines de soins.

Une des premières interventions serait un cours théorique lors d'une formation continue et/ou d'un enseignement dans les écoles de santé sur la dépendance à l'alcool. Puis, une partie pratique proposant des cas cliniques avec des situations de

patients en rémission plutôt qu'en rechute permettrait de changer les représentations des infirmiers et des futurs professionnels afin qu'ils perçoivent cette maladie comme pouvant être stabilisée (Rao et al., 2009). En plus du cours, l'idéal serait que les soignants rencontrent des personnes et/ou des professionnels de la santé souffrant de cette maladie. L'objectif de cette interaction serait que les infirmiers prennent conscience que cette maladie peut affecter n'importe qui et que ces personnes, en phase stable, ont un quotidien similaire au leur. Ainsi, cette intervention diminuerait les stéréotypes quant à ces patients et de ce fait la stigmatisation.

Il serait aussi pertinent d'exercer les infirmiers à présenter les situations de soins de façon positive, afin d'influencer favorablement la qualité de soins. Lors de la planification de la journée, laisser le choix aux infirmiers se sentant qualifiés de prendre en charge un patient souffrant d'alcoolisme plutôt que de l'imposer, semble judicieux. La répartition du travail journalier devrait ensuite être adaptée au référent de ce patient, dans le but que celui-ci ait le temps nécessaire afin d'offrir une prise en soins de qualité.

Une autre solution serait de proposer aux infirmiers des milieux somatiques une ou plusieurs journées d'observations dans une unité de santé mentale, afin de diminuer les appréhensions envers les personnes souffrant de dépendance. Les infirmiers pourraient apprendre les techniques de prise en charge qu'utilisent les soignants dans les unités psychiatriques et découvrir ces patients dans un autre contexte de soins. Finalement, cette expérience pourrait également aider les soignants à connaître les compétences propres à chacun de ces deux domaines, favorisant une meilleure collaboration et coordination entre les services.

La relation de confiance entre le patient et l'infirmier est un point fondamental dans la prise en charge. Pour cela, il serait judicieux que les soignants reçoivent une formation sur le modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et Di Clemente, afin d'identifier le stade dans lequel le patient se situe et ainsi d'adapter la prise en charge à ses besoins (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2010). Pour construire une relation thérapeutique avec la personne soignée, l'empathie, la congruence et le non-jugement sont des éléments indispensables.

Ces interventions permettraient au personnel infirmier de se sentir en confiance dans la prise en charge et la collaboration avec les patients alcoolo-dépendants, de leur proposer des interventions répondant à leurs besoins et ainsi de diminuer la stigmatisation.

### **Perspectives futures**

« Le caring est un concept central dans les soins infirmiers. Prendre soin d'une personne et la traiter avec estime sont des postures essentielles du caring qui impliquent de l'engagement, de la compassion, de la confiance et une aide bienveillante dans les soins » (Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI), 2011, p. 9).

À travers notre travail, nous souhaitons sensibiliser les personnes à cette problématique de santé actuelle susceptible de toucher plus de 250'000 personnes en Suisse. L'ASI met le caring en évidence dans ses perspectives de soins rédigées pour 2020. Elle appelle à améliorer l'engagement, la compassion, la confiance et la bienveillance dans les soins. Développer ces aspects permettrait justement une diminution des attitudes négatives. La problématique de la stigmatisation dans les soins entre donc en compte dans les exigences d'amélioration formulées par l'ASI.

Nous sommes tout à fait conscientes que les propositions de perspectives futures développées ci-dessous pourront paraître optimistes. Cependant, en tant que professionnelles de demain, nous espérons pouvoir amener une prise de conscience sur ce problème préjudicant non seulement des individus mais aussi des familles entières.

Nous avons pu constater que la stigmatisation des personnes alcoolo-dépendantes n'a pas beaucoup évolué au cours de ces dernières années. De nombreuses propositions d'interventions existent, cependant il y a peu de résultats concrets et positifs sur l'attitude des professionnels dans la pratique. À petite échelle, des recherches complémentaires sur les besoins du personnel infirmier devraient être menées afin de proposer des interventions adaptées et réalisables sur les services de soins somatiques.

Afin de rester en adéquation avec les exigences de l'ASI, les différentes Hautes Écoles de Soins devraient proposer des cours thématiques cette problématique afin de sensibiliser les étudiants à la considération des patients toxicomanes. Des enseignements semblables ainsi que des rencontres avec des personnes atteintes d'alcoolo-dépendance devraient être développés au sein des institutions de soins. Les professionnels seraient ainsi rendus attentifs à ce problème, pourraient exprimer leurs opinions et, enfin, recevoir des réponses et des pistes de solutions pour améliorer leur prise en soins. Une meilleure collaboration entre les services somatiques et ceux de santé mentale serait aussi bénéfique pour une prise en charge adaptée aux besoins de ces patients.

Dans une perspective à grande échelle, une campagne à large spectre sensibilisant la population et rappelant l'importance d'une prise de conscience collective par rapport à ce véritable problème de santé et de société semble



pertinente. Un changement au niveau du système de santé paraît aussi essentiel afin de mettre en place des services de soins spécialisés dans les traitements psychosomatiques et de développer des enseignements ainsi qu'une formation continue dans ce domaine adaptés au personnel infirmier.

## Conclusion

Ce travail a permis de faire ressortir l'importance d'une mise en place urgente d'interventions permettant la diminution de la stigmatisation des patients alcoolo-dépendants par le personnel infirmier dans les services somatiques. Les résultats sont éloquentes. La stigmatisation est encore et toujours très présente dans les services de soins et l'alcoolisme reste une maladie taboue trop souvent minimisée par les professionnels infirmiers. Nous espérons vivement que les interventions présentées ci-dessus inciteront les personnes concernées à améliorer la prise en soins des patients alcoolo-dépendants ainsi que leur considération envers ceux-ci. Cependant, la stigmatisation de l'alcoolisme est une problématique mondiale nécessitant une prise de conscience générale de la société.

Cette thèse de fin de formation a exigé de nombreuses remises en questions personnelles et de groupe. La gestion des moments difficiles, des incompréhensions ainsi que des divergences entre les différents membres du groupe sont des apprentissages profitables pour notre futur travail en équipe.

Au niveau professionnel, nous retirons de ce travail un enrichissement de nos connaissances sur l'alcoolisme, la stigmatisation et la souffrance qu'elle génère. Il nous a sensibilisées à l'importance de considérer les patients alcoolo-dépendants et tous ceux ayant des troubles psychiatriques comme des personnes en souffrance et à ne pas nous laisser influencer par leur diagnostic, les symptômes et stéréotypes associés. Nous retenons qu'il est nécessaire d'adapter notre prise en soins aux besoins de la personne, en y incluant les proches.

Nous avons pris conscience de l'ampleur de la stigmatisation ainsi que ses répercussions sur le patient qu'elle que soit sa pathologie. C'est pourquoi, dans notre future pratique professionnelle, nous y serons attentives et inciterons chacun à faire de même.

## Références

- Addiction Suisse. (2011). *Alcoolisme : les proches sont aussi touchés*. Repéré à [www.addictionsuisse.ch/uploads/media/Alcool\\_proches.pdf](http://www.addictionsuisse.ch/uploads/media/Alcool_proches.pdf)
- Addiction Suisse. (2013). *Hospitalisation pour intoxications alcooliques les jeunes ne sont pas les seuls concernés*. Repéré à [http://www.addictionsuisse.ch/actualites/communiques-de-presse/article/hospitalisations-pour-intoxications-alcooliques-les-jeunes-ne-sont-pas-les-seuls-concernes/?tx\\_ttnews%5BbackPid%5D=16&cHash=3398eaea625244cbb3c7bde1c4ab1ba](http://www.addictionsuisse.ch/actualites/communiques-de-presse/article/hospitalisations-pour-intoxications-alcooliques-les-jeunes-ne-sont-pas-les-seuls-concernes/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=16&cHash=3398eaea625244cbb3c7bde1c4ab1ba)
- Addiction Suisse. (2014). *Focus Alcool*. Repéré à [http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Focus\\_Alcool.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Focus_Alcool.pdf)
- Addiction Suisse. (2015). *Premier Panorama Suisse des Addictions*. Repéré à [http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Panorama-Suisse-des-Addictions-2015.pdf](http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Panorama-Suisse-des-Addictions-2015.pdf)
- Aeschbach, C. (2012). *Le patient alcoolique « difficile »*. Repéré à [https://praxis-suchtmmedizin.ch/fossumos/images/stories/alkohol/CA\\_SMF\\_f.pdf](https://praxis-suchtmmedizin.ch/fossumos/images/stories/alkohol/CA_SMF_f.pdf)
- Amaral-Sabadini, M. B., Saitz, R., & Souza-Formigoni, M. L. O. (2010). Do attitudes about unhealthy alcohol and other drug (AOD) use impact primary care professionals' readiness to implement AOD-related preventive care ? *Drug and Alcohol Review*, 29, 655-661. doi :10.1111/j.1465-3362.2010.00222.x
- Amaral-Sabini, M. B., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Samet, J. H., & Saitz, R. (2012). Is a patient's type of substance dependence (alcohol, drug or both) associated with the quality of primary care they receive ?, *Quality in Primary Care*, 20, 391-399.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29(6), 390-395. doi :10.1016/j.eurpsy.2013.10.004
- Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. (AQRP). (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec*. Repéré à <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2011). *Perspective 2020*. Repéré à [https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf](https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf)
- Bertini, M.-J. (2007, Août). Usages épistémiques sociaux de la stigmatisation. Pour une approche philosophique du concept de stigmatisation. *L'information psychiatrique*, 83, 663-665..
- Blondeau, D. (2013). *Éthique et soins infirmiers : deuxième édition revue et mise à jour*. Québec, Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bonsack, C. (2014). *Le désavantage social des troubles mentaux: épidémie, invalidation ou stigmatisation*. Repéré à [www.sanp.ch/docs/sanp/2014/07/en/sanp-00293.pdf](http://www.sanp.ch/docs/sanp/2014/07/en/sanp-00293.pdf)

- Bonsack, C., Morandi, S., Favrod, J., & Conus, P. (2013). Le stigmate de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Revue Médicale Suisse*, 9, 588-592.
- Carroll, J. (1993). Attitudes of professional to drug abusers. *British Journal of Nursing*, 2(4), 705-
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2010). *L'alcool et les problèmes de santé publique*. Repéré à [http://www.camh.ca/fr/hospital/health\\_information/a\\_z\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_information/alcohol/Pages/alcohol\\_chronic\\_health.aspx](http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/alcohol/Pages/alcohol_chronic_health.aspx)
- Conseil international des infirmières. (2006). *Code Déontologique du CII pour la profession infirmière*. Repéré à [https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/online\\_shop/publikationen/fr/docs/Code\\_de\\_ontologique\\_du\\_CII\\_2012.pdf](https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/online_shop/publikationen/fr/docs/Code_de_ontologique_du_CII_2012.pdf)
- Conseil International des Infirmières. (2015). *Code Déontologique*. Repéré à <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/code-deontologique-du-cii/>
- Corrigan, P. W., & Psy, D. (2011). Best Practices : Strategic Stigma Change (SSC) : Five Principles for Social Marketing Campaigns to Reduce Stigma. *Psychiatric Services*, 62 (8), 824-826. doi :10.1176/ps.62.8.pss6208\_0824
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9, 35-53. doi :10.1093/clipsy.9.1.35
- Crothers, C. E., & Dorrian, J. (2011). Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems. *ISRN Nursing*. doi:10.5402/2011/821514
- Dubey, C. (2016). *Recherche documentaire d'articles scientifiques*. Document inédit, Haute Ecole de Santé Fribourg, Fribourg, Suisse.
- Dufour, C. (2016). *Cadre de référence* [Notes de cours]. Repéré à [http://cours.ebsi.umontreal.ca/sci6060/docs/sci7003\\_cadre\\_de%20reference.pdf](http://cours.ebsi.umontreal.ca/sci6060/docs/sci7003_cadre_de%20reference.pdf)
- EduTechWiki. (2016). *La revue de littérature*. Repéré à [http://edutechwiki.unige.ch/fr/La\\_revue\\_de\\_litt%C3%A9rature](http://edutechwiki.unige.ch/fr/La_revue_de_litt%C3%A9rature)
- Embase (2016). *Embase*. Repéré à <http://store.elsevier.com/Embase>
- Fischer, B., Telser, H., Widmer, P., & Leukert, K. (2014). *Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Repéré à <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/34153.pdf>
- Fondation des maladies mentales. (2016). *Qu'est-ce que la maladie mentale ?* Repéré à <http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/les-maladies-mentale.html>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon, France : Mallet conseil. p. 231
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., & Booth, B. M. (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31, 418-429.
- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vadj, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users : a European multi-centre study. *Addiction*, 106, 1114-1125.
- Groupe Romand d'Étude des Addictions. (n.d). *Addiction*. Repéré à <http://www.grea.ch/addiction-0>
- Jeanrenaud, C., Widmer, G., & Pellegrini, S. (2005). *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse*. Rapport final. Repéré à <http://www.suchtmonitoring.ch/library/pdf/16364d3f0f20>
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 169-171. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x
- Kelleher, S., & Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, 17(1), 3-14. doi:10.1016/j.ienj.2008.08.003
- Lamboy, B., & Saïas, T. (2013). Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(2), 77-82. doi :10.1016/j.amp.2010.11.022
- Larousse. (n.d.). *Toxicomanie*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/toxicomanie/78804>
- Le Journal des Femmes. (2016). *Drogue – Définition*. Repéré à <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/19227-drogue-definition>
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Marmet, S., Gmel, G. sen., Gmel, G. jun., Frick, H., & Rehm, J. (2013): *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011*. Repéré à [http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user\\_upload/Endbericht\\_2013\\_-\\_Mortalit%C3%A4t.pdf](http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/Endbericht_2013_-_Mortalit%C3%A4t.pdf)
- MedicineNet.com. (2016). *Definition of primary care*. Repéré à <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=5042>
- Menecier, P., Sagne, A., Menecier-Ossia, L., Plattier, S., & Ploton, L. (2012). Perception des attitudes soignantes par des sujets âgés en difficulté avec l'alcool : étude exploratoire en milieu hospitalier. *Psychotropes*, 18, 61-76. doi :10.3917/psyt.182.0061.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Molina Mula, J., Hernández Sánchez, D., Sanz Álvarez, E., & Clar Aragón, F. (2012). Impacto de las actitudes de las enfermeras en la calidad de los cuidados en drogodependientes [L'impact des attitudes des infirmières dans la qualité de la prise en charge des toxicomanes]. *Index de Enfermería*, 21(4), 214-218. doi : 10.4321/S1132-12962012000300008
- Mota Ronzani, T., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatisation of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil, *Social Science & Medicine*, 69, 1080-1084.
- Nash, M. (2013). Diagnostic overshadowing : a potential barrier to physical health care for mental health service users. *Mental Health Practice*, 17(4), 22-26.
- Observatoire Valaisan de la Santé (OVS). (2010). *Types de soins (soins aigus, gériatrie, psychiatrie, réadaptation, lits d'attente)*. Repéré à <http://www.ovs.ch/sante/types-soins-soins-aigus-geriatrie-psychiatrie.html>
- Office fédéral de la santé publique. (2014). *Conséquences de l'abus*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/10158/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique. (2014). *Coûts liés à l'alcool*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/13088/14719/index.html?lang=fr>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Brazil*. Repéré à [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/bra.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/bra.pdf?ua=1)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Prise en charge de l'abus de substance psychoactives : Syndrome de dépendance*. WHO. Repéré à [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/fr/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Syndrome de dépendance*. Repéré à [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/fr/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/)
- Peckover, S., & Chidlaw, R. G. (2007). Too frightened to care ? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community*, 15(3), 238–245. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00683.x
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière* (3ème édition). Montréal, Québec : Chenelière Education.
- Picard, A. (2008). *The orphans of medicare*. Repéré à <http://www.theglobeandmail.com/news/national/the-orphans-of-medicare/article17988078/>
- Progin, E., & Sager Tinguely, C. (2011). Proches aidants et réseau : spécificités dans la maladie chronique. Dans C. Sager Tinguely & C. Weber, *Précis de chronicité et soins dans la durée* (pp. 109-128). Rueil-Malmaison, France : Lamarre.



- Rao, H., Mahadeveppa, H., Pillay, P., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professional. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 279-284.
- Reyre, A., Jeannin, R., Larguèche, M., Hirsch, E., Baubet, T., Moro, M. R., & Taïeb, O. (2014). Care and prejudice : moving beyond mistrust in the care relationship with addicted patients. *Med Health Care and Philos*, 17, 183-190. doi:10.1007/s11019-013-9533-x
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession : a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 558-567.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2014). Attitudes towards Alcohol Dependence and Affected Individuals : Persistence of Negative Stereotypes and Illness Beliefs between 1990 and 2011. *European Addiction Research*, 20, 293-299. doi:10.1159/000362407
- Schütze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G., ...Bergmann, M. M. (2011). *Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study*. *BMJ*. 342, 1-10. doi:10.1136/bmj.d1584
- Sleeper, J. A., & Bonchain, S. S. (2013). Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients : A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3, 92-98. doi : 10.5430/jnep.v3n7p92
- Stauffer Babel, L., Schmid, A., Dobler, S., Wicki, M., Wurdak, M., & Kuntsche, E. (2014). *Hospitalisation suite à une intoxication alcoolique aiguë, quelle intervention ?* Repéré à [http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/140929\\_rapport\\_final\\_hospitalisation\\_intox.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/140929_rapport_final_hospitalisation_intox.pdf)
- Swissinfo.ch. (2007). *L'alcool provoque 3500 morts par an en Suisse*. Repéré à <http://www.swissinfo.ch/fre/l-alcool-provoque-3500-morts-par-an-en-suisse/5885074>
- Thornicroft, G., Diana, R., & Mehta, N. (2010). Advances in psychiatric treatment, 16, 5359. doi:10.1192/apt.bp.107.004481
- Vadlamudi, R. S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T., & Wahid, Z. (2007). Nurses'attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. *Nurse Education in Practice* (8), 290-298.
- Van Boeckel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery : *Systematic review*, (131), 23-35.
- Van Nieuwenhuizen, A., Henderson, C., Kassam, A., Graham, T., Murray, J., Howard, L. M., & Thornicroft, G. (2013). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(3), 255-262. doi:10.1017/S2045796012000571

Wikipédia. (2014). *PubMed*. Repéré à <https://fr.wikipedia.org/wiki/PubMed>

Wikipédia. (2016). *Pays développé*. Repéré à [https://fr.wikipedia.org/wiki/Pays\\_d%C3%A9velopp%C3%A9](https://fr.wikipedia.org/wiki/Pays_d%C3%A9velopp%C3%A9)

WordReference.com. (2016). *Overshadow*. Repéré à <http://www.wordreference.com/enfr/overshadow>

World Health Organisation. (2006). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Repéré à [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)

## **Annexes**

## Annexe A

### Lexique

**Drogue** : « substance psychoactive capable de modifier les fonctions psychiques et/ou physiologiques d'un individu, à savoir l'humeur, la pensée, le comportement ou l'émotion. Une drogue est susceptible de créer une dépendance psychologique ou physique » (Le Journal des Femmes, 2016).

**Addiction** : Selon le Groupe Romand d'Étude des Addictions (GREA) l'addiction est définie comme « [...] la perte de l'autonomie du sujet par rapport à un produit ou un comportement. Elle se caractérise par la souffrance de la personne et des changements de son rapport au monde ».

**Toxicomanie** : « Habitude de consommer de façon régulière et importante des substances susceptibles d'engendrer un état de dépendance psychique et/ou physique » (Larousse, n.d.).

**Soins primaires** : « soins médicaux standards servant à assurer la continuité des soins et l'intégration d'un service adapté. L'objectif des soins primaires sont de fournir au patient un large éventail de soins préventifs et curatifs » (MedicineNet.com, 2016). = Soins généraux

**Maladie mentale** : « Ensemble de problème affectant l'esprit [...] il s'agit de manifestations d'un dysfonctionnement psychologique et souvent biologique. Ces perturbations provoquent différentes sensations de malaises, des bouleversements émotifs et/ou intellectuels, de même que des difficultés de comportement » (Fondation des maladies mentales, 2016).

**Soins aigus** : « regroupent communément les disciplines suivantes : médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, oncologie » (Observatoire Valaisan de la Santé, 2010)

## Annexe B

### Stratégies de recherche

Tous les articles de ce tableau ont été publiés au cours de ces 10 dernières années (2006-2016) dans la langue anglaise, espagnole, allemande et française  
N= nombre/ V= valide

Ensemble de mots MeSH	PubMed	Embase
((("Alcoholism"[MeSH]) AND "Stereotyping"[MeSH]) AND "Attitude of Health Personnel"[MeSH])	N= 3 V= A, B	N=2 V= 0
((("Stereotyping"[MeSH]) AND "Alcoholism"[MeSH]) AND "Primary Health Care"[MeSH])	N= 3 V=B	N=0
("Alcohol-Related Disorders"[MeSH] AND "Stereotyping"[MeSH]) AND "Primary Health Care"[MeSH]	N= 3 V= B	N=0
((("Primary Health Care"[MeSH]) AND "Attitude of Health Personnel"[MeSH]) AND "Alcoholism"[MeSH])	N= 23 V= B, C, D	N=44 V= E, F
((("Stereotyping"[MeSH]) AND "Nurses"[MeSH]) AND "Behavior, Addictive"[MeSH])	N= 0 V= 0	N=3 V= G
((("Behavior, Addictive"[MeSH]) AND "Stereotyping"[MeSH]) AND "Delivery of Health Care"[MeSH])	N= 3 V= 0	N=5 V= 0
((("Stereotyping"[MeSH]) AND "Social Stigma"[MeSH]) AND "Alcoholism"[MeSH])	N= 11 V= 0	N=2 V=0
((("Attitude of Health Personnel"[MeSH]) AND "Mental Disorders"[MeSH]) AND "Stereotyping"[MeSH]) AND "Social Stigma"[MeSH]	N= 28 V= 0	N=7 V= 0

#### Articles valides :

- A) Rao, H., Mahadeveppa, H., Pillay, P., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professional. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 279-284.
- B) Mota Ronzani, T., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatisation of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil, *Social Science & Medicine*, 69, 1080-1084.

- C) Amaral-Sabini, M. B., M., Lloyd-Travaglini, C., Samet, J. H., & Saitz, R. (2012). Is a patient's type of substance dependence (alcohol, drug or both) associated with the quality of primary care they receive?, *Quality in Primary Care*, 20, 391-399.
- D) Vadlamudi, R. S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T., & Wahid, Z. (2007). Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. *Nurse Education in Practice* (8), 290-298.
- E) Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vadj, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users : a European multi-centre study. *Addiction*, 106, 1114-1125.
- F) Amaral-Sabadini, M. B., Saitz, R., & Souza-Formigoni, M.-L. O. (2010). Do attitudes about unhealthy alcohol and other drug (AOD) use impact primary care professionals' readiness to implement AOD- related preventive care ? *Drug and Alcohol Review*, 29, 655-661. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00222.x
- G) Peckover, S., & Chidlaw, R. G. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community*, 15(3), 238-245. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00683

## Annexe C

### Grilles d'analyse des articles sélectionnés :

#### Article A :

Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative

**Article :** Rao, H., Mahadeveppa, H., Pillay, P., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professional. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 279-284.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Dans le titre on comprend qu'il y a un problème de stigmatisation des professionnels de la santé envers des personnes ayant des troubles psychiques.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			1. Les professionnels de la santé ont-ils une attitude plus stigmatisante envers la schizophrénie que les épisodes psychotiques brefs ? 2. Est-ce que les professionnels de la santé ont une attitude plus stigmatisante envers les patients admis dans un hôpital sécurisé que quelqu'un qui a été diagnostiqué avec seulement une schizophrénie ? 3. Est-ce que les professionnels de la santé ont une

					attitude stigmatisante envers les personnes ayant une dépendance à l'alcool et aux opiacés en comparaison avec ceux qui sont abstinentes et qui travaillent.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>-Une étude a relevé le fait que la stigmatisation et l'exclusion sociale sont en relation avec la santé mentale.</p> <p>-Les personnes ayant des problèmes d'alcool subissent une stigmatisation de la part des psychiatres qui les considèrent comme des personnes difficiles, ennuyeuses et non-compliantes.</p> <p>- La pauvreté contribue à la stigmatisation des professionnels de la santé envers les personnes ayant des troubles psychiatriques.</p> <p>-La stigmatisation est une barrière pour la réhabilitation et la réintégration de ces patients.</p> <p>-Les médias ont une part de responsabilités, car ils montrent les personnes avec une maladie psychiatriques comme violentes et dangereuses.</p> <p>- Il semblerait que la stigmatisation des personnes souffrant de psychoses et/ ou de dépendance aux drogues est présente dans toutes les tranches d'âge.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Le concept de la stigmatisation même si celui n'est pas clairement définit.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			<p>Mais il y a 4 questions de recherche :</p> <p>1. Les professionnels de la santé ont-ils une attitude plus stigmatisante envers la schizophrénie que les épisodes psychotiques brefs ?</p> <p>2. Est-ce que les professionnels de la santé ont une attitude plus stigmatisante envers les patients admis dans un hôpital que quelqu'un qui a été diagnostiqué avec seulement une schizophrénie ?</p> <p>3. Est-ce que les professionnels de la santé ont une</p>



					attitude stigmatisante envers les personnes ayant une dépendance à l'alcool et aux opiacés en comparaison avec ceux qui sont abstinents et qui travaillent.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Oui, ils se sont appuyés sur d'autres revues scientifiques déjà faites auparavant, citées dans la recension des écrits.
<b>Méthodes</b>					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Etude quantitative transversale.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les participants étaient des professionnels de la santé de 4 endroits du National Health Service (NHS) au Sud Est de l'Angleterre, 2 de ces établissements étaient des services de santé mentale et les 2 autres des hôpitaux généraux. Sur les 200 invitations envoyées aux professionnels de la santé, 108 questionnaires ont été remplis et reçus (54%). La moyenne d'âge des participants est de 43,2 ans. 86% étaient des femmes et 76% se sont décrits comme des Anglais blancs. Ils ont travaillé dans le National Health Service (NHS) environs 14,8 années. 36% ont travaillé dans un hôpital aigu ; 52 % en santé mentale. 58 % des participants étaient des infirmières, 13% des assistants de santé, 9% n'avaient pas de profession spécifique et 20 % étaient médecins.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Le questionnaire Attitude to Mental Illness Questionnaire. Ce questionnaire a été adapté de Cunningham et al. (1993 ) et validé dans une étude précédente.

	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			-Les auteurs ont cherché s'évaluer les préjugés et les attitudes des participants envers les personnes souffrant de toxicomanie à l'égard de la toxicomanie. Ils ont aussi essayé d'évaluer s'il y avait une différence de comportement entre une description positive d'un patient dépendances aux opiacés et celle d'un patient alcool-dépendant ne consommant plus et ayant un emploi. Ce projet a été approuvé par un comité d'éthique.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Dans une première partie, les participants ont lu une vignette fictive décrivant une personne malade et ont dû répondre à 5 questions. Dans une deuxième partie, les participants ont été randomisés dans le groupe expérimental ou de contrôle. Les groupes témoins ont reçu des descriptions de personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés ou à l'alcoolisme. Les groupes expérimentaux ont reçu une description positive des patients fictifs souffrant de dépendance aux opiacés ou d'alcoolisme qui étaient abstinents et actifs, c'est-à-dire qui avaient une activité professionnelle. Ce projet a été approuvé par un comité d'éthique
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Analyse non-paramétrique (Mann-Whitney) des tests ont été utilisés pour comparer les différences entre les deux groupes en utilisant les Stats package statistique direct.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires,	X			Sous forme de tableaux et commenté dans la partie résultat.

	tableaux, graphiques, etc.) ?				
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les exemples donnés pour faire cet article étaient des vignettes avec des malades hypothétiques. Cela rend les résultats moins concluants que si des situations réelles avaient été proposées. Mais les auteurs ne mentionnent pas si l'étude peut être généralisée. L'article parle de personnes dépendantes, schizophrènes, de patients ayant été dans un hôpital sécurisé (Forensic) et de dépendance.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			L'utilisation de malades mentaux hypothétiques rend les résultats moins concluants que si des situations réelles avaient été proposées
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Ils ont remarqué que beaucoup d'études avaient été faites sur l'attitude de stigmatisation du personnel soignant envers les personnes souffrant de troubles psychiatriques, mais que très peu ont étudié comment faire pour diminuer cela.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			-Oui, car il est possible de comparer le résultat entre un hôpital psychiatrique et somatique. - Cette étude permet de mettre en évidence que la présentation de la situation du patient a une grande influence sur l'attitude positive ou négative du soignant.

**Article A :**

Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche quantitative

<b>Aspects du rapport</b>	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Rao, H., Mahadeveppa, H., Pillay, P., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professional. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 16, 279-284.
<b>Résumé</b>	<p>Cet article évalue les attitudes stigmatisantes des professionnels de la santé envers les patients ayant des problèmes de santé mentale. Un questionnaire sur l'attitude de la maladie mentale a été utilisé pour évaluer les réactions des professionnels de la santé envers des patients. Les patients présentés étaient fictifs et leurs situations décrites sur une vignette. Ceux-ci étaient atteints de schizophrénie ou d'addiction. Les participants étaient des professionnels de la santé travaillant en domaine aigus ou en santé mentale. Cent huit questionnaires ont été remplis. Les personnes participant à cette étude ont démontré de fortes attitudes stigmatisantes envers les patients souffrant d'addiction. Il a aussi été constaté que les personnes souffrant de dépendance, mais en rémission étaient moins confrontées à la stigmatisation par les professionnels de la santé.</p> <p>La manière dont le patient souffrant d'addiction est présentée a un effet significatif sur l'attitude du personnel soignant.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème Recension des écrits	<p>-Depuis 40 ans la stigmatisation est connue comme étant un problème invalidant pour les personnes toxicomanes. Les professionnels de la santé stigmatisent aussi des personnes ayant un trouble de la personnalité, souffrant de fatigue chronique et de troubles d'apprentissage.</p> <p>-Les personnes souffrant de problèmes d'alcool sont souvent considérées comme difficiles, ennuyeuses et non-compliantes et sont confrontées à des attitudes stigmatisantes des psychiatres.</p> <p>-L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'association mondiale de psychiatrie ont toutes les deux reconnu que la stigmatisation et la discrimination envers les troubles mentaux sont souvent associées à la souffrance, au handicap et à la pauvreté.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-La stigmatisation représente une barrière à la réhabilitation et à l'intégration sociale. Il y a une préoccupation des services de santé, car le personnel soignant stigmatise les personnes malades et cela peut ainsi avoir une atteinte à la réintégration sociale.

		<p>-La stigmatisation est une construction sociale qui dévalorise les personnes et vient d'une caractéristique distinctive.</p> <p>-Les médias représentent en général les personnes ayant une maladie mentale comme violents, erratiques et dangereux.</p>
Hypothèses		Concept de stigmatisation, même si celui-ci n'est pas cité en tant que tel, il ressort à travers le récit.
<b>Méthodes</b> Devis recherche	de	Celles-ci ne sont pas clairement définies dans le texte.
Population et contexte		<p>L'objectif de cette étude est d'utiliser un instrument valide pour évaluer l'attitude stigmatisante des professionnels de la santé envers des patients souffrant de troubles mentaux.</p> <p>Il y a 4 questions de recherche</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les professionnels de la santé ont-ils une attitude plus stigmatisante envers la schizophrénie que les épisodes psychotiques brefs ?</li> <li>2. Est-ce que les professionnels de la santé ont une attitude plus stigmatisante envers les patients admis dans un hôpital sécurisé que quelqu'un qui a été diagnostiqué avec seulement une schizophrénie ?</li> <li>3. Est-ce que les professionnels de la santé ont une attitude plus stigmatisante envers les personnes avec une dépendance à l'alcool et aux opiacés que ceux qui sont abstinentes et qui travaillent ?</li> </ol>
Collecte des données et mesures	des	<p>Des professionnels de la santé de 4 services de santé dans le Sud de l'Angleterre. Deux centres étaient de santé mentale et les deux autres de médecine aigue.</p> <p>Sur les 200 invitations envoyées aux professionnels de la santé, 108 questionnaires ont été remplis et reçus (54%). La moyenne d'âge des participants est de 43,2 ans. 86% étaient des femmes et 76% se sont décrits comme des Anglais blancs. Ils ont travaillé dans le National Health Service (NHS) environ 14,8 années. 36% ont travaillé dans un hôpital aigu ; 52 % en santé mentale. 58 % des participants étaient des infirmières, 13% des assistants de santé, 9% n'avaient pas de profession spécifique et 20 % étaient médecins.</p>
Déroulement de l'étude		Les participants ont dû répondre à des auto-questionnaires (Attitude à la maladie mentale Questionnaire (AMIQ) qui ont été envoyés pour les membres de l'équipe qui le souhaitent.
<b>Résultats</b> Traitement des données	des	<p>Dans une première partie ils ont été notés sur une échelle de Likert à 5 points.</p> <p>Le questionnaire AMIQ a été adapté et validé dans une étude précédente.</p>

Présentation des résultats	<p>Dans une première partie, les participants ont lu une vignette fictive décrivant une personne malade et ont dû répondre à 5 questions.</p> <p>Dans une deuxième partie, les participants ont été randomisés dans le groupe expérimental ou de contrôle. Les groupes témoins ont reçu des descriptions de personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés ou à l'alcoolisme. Les groupes expérimentaux ont reçu une description positive des patients fictifs souffrant de dépendance aux opiacés ou d'alcoolisme qui étaient abstinentes et actifs, c'est-à-dire qui avaient une activité professionnelle.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les test de non-paramétrique (Mann-Whitney) ont été utilisés pour comparer les différences entre les deux groupes en utilisant les Stats package statistique direct.</p> <p>Le <i>P</i>-value ou probabilité a été calculée et la probabilité estimée de rejeter l'hypothèse nulle d'une question d'étude lorsque cette hypothèse est vraie.</p> <p>Le niveau de signification statistique est rapporté où <math>P &lt; 0,05</math> est considéré comme statistiquement significatif</p>
Perspectives futures	<p>-Il y a une signification statistique de différence entre les scores pour les patients avec un bref épisode psychotique et une schizophrénie. Il y a plus d'attitudes stigmatisantes envers les personnes avec une schizophrénie qu'un bref épisode psychotique.</p> <p>-Il y a une différence signifiante entre le score des personnes avec une schizophrénie et ceux qui avaient déjà été admis en hôpital sécurisé. Ceux de l'hôpital sécurisé sont confrontés à plus d'attitudes stigmatisantes.</p> <p>-Les personnes décrites avec une dépendance active aux opiacés et à l'alcool ont amené un score faible, cela signifie qu'ils ont un niveau élevé de stigmatisation parmi le groupe de contrôle. Mais, avec le groupe où leur situation était décrite dans un sens positif (abstinente de drogue etc.) il a été constaté qu'ils étaient considérablement moins stigmatisés.</p> <p>-En présentant les patients sous une forme positive, il y a une augmentation statistique significative dans le score des deux groupes.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>-Il est souvent attendu que les professionnels de la santé ont une ouverture d'esprit plus grande envers les personnes atteintes de maladie psychiatrique, mais les résultats indiquent le contraire.</p> <p>-Beaucoup d'études ont tenté d'évaluer les attitudes de stigmatisation du personnel soignant, mais peu ont parlé d'interventions pouvant les diminuer.</p> <p>-Cette étude confirme les résultats d'une enquête pour une campagne de changement de mentalité qui a montré que les personnes souffrant de schizophrénie, d'une dépendance aux drogues ou à l'alcool sont les personnes les plus stigmatisées dans la maladie mentale.</p> <p>-Il faudrait mettre en avant les patients qui ont réussi à guérir et pas ceux qui sont encore malades, afin de mettre une image positive sur ces pathologies.</p>

	-Il a été démontré dans cette étude que le personnel de la santé a une meilleure attitude envers les personnes qui guérissent de leur addiction plutôt que ceux qui rechutent.
Evaluation globale	Les exemples donnés pour faire cet article étaient des vignettes avec des malades hypothétiques. Cela rend les résultats moins concluants que si des situations réelles avaient été proposées. Mais les auteurs ne mentionnent pas si l'étude peut être généralisée. L'article parle de personnes dépendantes, schizophrènes, de patients ayant été dans un hôpital sécurisé (Forensic) et de dépendance.
	Forces : l'article permet de comparer les résultats entre des services de psychiatries et des de médecines aigus. Permet de mettre en évidence la façon dont est présenté le patient a une influence sur les attitudes des soignants.

**Article B :**

Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative

**Article :** Mota Ronzani, T., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatisation of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil, *Social Science & Medicine*, 69, 1080-1084.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre indique que le sujet est la stigmatisation des personnes dépendantes à l'alcool et aux drogues dans des services de soins primaires dans le Sud-est du Brésil
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Il investigate les sujets des points de vue incluant les stéréotypes, les attributions morales du personnel soignant dans les soins primaires envers les personnes dépendantes.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'article résume bien les problématiques reliées à la stigmatisation en se basant sur d'autres études déjà effectuées.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Concept de la stigmatisation
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			1. La consommation d'alcool et de drogues sont les comportements les plus jugés en relation avec d'autres conditions de santé telles que les maladies de Hansen's, l'obésité, la dépression, la schizophrénie et le SIDA.



					2. Les difficultés des soins de santé primaire dans le traitement des patients alcooliques sont plus grandes qu'avec d'autres types de patients.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Les auteurs s'inspirent des différentes études pour formuler leurs hypothèses de recherche.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Etude exploratoire non-contrôlée, avec un échantillon intentionnellement défini.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Six cent neuf professionnels actifs dans un service de santé publique ont participé à l'étude. 369 sont au service des municipalités de la région Zona da Mata de l'état de Minas Gerais et 240 à Riveirão Preto dans l'état de São Paulo au Brésil. 86,5% de l'étude sont des femmes, 54% du groupe total sont des travailleurs de santé communautaire, 13,1% sont des infirmiers auxiliaires, 11,8% des infirmiers, 8,7% de médecins. Le reste sont des professionnels qui ne participent pas à l'équipe de soins primaires (18 professionnels de soins dentaires, 11 travailleurs sociaux, 9 psychologues, 8 techniciens administratifs, 10 étudiants etc.). La moyenne d'âge des participants est de 36,4 ans et la durée moyenne d'activité dans les soins de santé de primaire est de 4,9 ans.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			L'échantillon n'est pas très bien équilibré entre les différents corps de métiers et entre les deux zones du Brésil interrogées.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Quatre instruments auto-administrés par les participants, deux questionnaires et deux évaluations.

	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Tout d'abord les variables démographiques de chaque participant, puis les stéréotypes sur l'alcoolisme et les alcoolos-dépendants, sur la responsabilité du patient dans son état de santé et sur les difficultés personnelle et professionnelles.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'hôpital et de la recherche clinique de l'Université de São Paulo. Un consentement éclairé a été obtenu par tous les participants.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Données organisées et analysées avec le logiciel des statistiques SPSS versions 15.0. Les statistiques descriptives comme la fréquence le pourcentage, la moyenne, l'écart-type et le degré de liberté ont été utilisés. Les inférences statistiques ont été utilisées pour tester les hypothèses de l'étude.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sous forme de tableaux
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Mis en lien avec cadre théorique et recherches antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Une des limitations de l'étude concerne la généralisation des résultats. La collecte des données a été faite dans deux régions différentes et aucune différence n'a été trouvée dans les résultats mais d'autres études dans le même domaine sont nécessaires pour une meilleure et plus profonde connaissance du sujet. L'échantillon est intentionnel

					donc les chercheurs ne peuvent pas affirmer que les résultats représentent la totalité des professionnels de soins primaire. Cependant, ces résultats supposent qu'une analyse plus approfondie des attitudes des professionnels de la santé envers les personnes dépendantes à la drogue et à l'alcool est nécessaire.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			La capacité limite des instruments pour évaluer correctement le « rejet personnel » de professionnel et la généralisation des résultats. Bien que la collecte des données ait été réalisée dans deux régions différentes aucune différence dans les résultats n'a été trouvée entre ces deux parties.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Cet article montre l'importance de ces résultats afin que des stratégies soient mises en place contre la stigmatisation.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Bonne structure et logique qui aide à comprendre son contenu.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui ,car on voit une différence entre les différentes professions interrogées .On pourrait se poser la question de pourquoi cette différence existe-elle, cela peut aider à comprendre l'origine de la stigmatisation et à mettre en place des stratégies adaptées pour lutter contre celle-ci.

**Article B :**

Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche quantitative

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Mota Ronzani, T., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatisation of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil, <i>Social Science &amp; Medicine</i> , 69, 1080-1084.
<b>Résumé</b>	<p>Cette étude parle de la stigmatisation, de la moralisation ou du jugement des prestataires de soins de santé primaire (SSP) envers des personnes souffrant d'addictions (alcool et drogues) dans le Sud du Brésil. Six cent neuf professionnels des Etats de São Paulo et Minas Gerais ont participé à l'étude. 86,5% de ces personnes étaient des femmes. Dans cette enquête a été évalué l'attitude des soignants face aux problèmes de dépendance en comparaison à la maladie de Hansen, l'obésité, la dépression la schizophrénie, le VIH et la consommation de tabac. Les consommateurs de drogues, d'alcool, de marijuana et de cocaïne étaient les personnes les plus jugées, ils ont souffert du plus haut taux de rejet par les professionnels de la santé. L'hypothèse que la consommation de substances addictives est un comportement stigmatisé par les professionnels de la santé a été confirmée.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème Recension des écrits	<p>-Cet article rapporte une étude investiguant les points de vue, incluant les stéréotypes et les attributions morales lié aux problèmes de dépendance à l'alcool et aux drogues dans les soins de santé primaire dans le sud-est du Brésil. Il se base sur une revue de littérature.</p> <p>-Les comportements du public et ceux des professionnels de la santé peuvent affecter la qualité des prestations des soins que les patients reçoivent, ainsi que leur adhérence au traitement, la prévention active et leur qualité de vie.</p> <p>-La stigmatisation s'ajoute aux conséquences ayant une influence à l'accès des traitements et aux résultats. Elle peut même conduire à l'aggravation des conditions.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus grand est le sentiment de stigmatisation ressenti par les personnes alcoolo-dépendantes, plus difficile sera l'adhésion thérapeutique.</li> <li>- Les personnes souffrant de troubles mentaux sont perçues comment responsables de leurs conditions.</li> <li>- Le processus de stigmatisation sociale est adopté non seulement par la population en générale mais aussi intériorisé par les personnes qui la subissent. Cela peut être parfois encore plus nuisible que la maladie elle-même.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beaucoup de professionnels de la santé classent les personnes selon leur maladie et certaines d'entre elles peuvent être perçues comme déviantes de la société.</li> <li>- La stigmatisation chargée de connotations de jugement comme « l'alcoolique, le drogué » fait qu'il y a une résistance à l'acceptation du diagnostic de la part des professionnels et des patients.</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Concept de stigmatisation
Hypothèses	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La consommation d'alcool et de drogues sont les comportements les plus jugés en comparaison avec d'autres conditions de santé telles que les maladies de Hansen, l'obésité, la dépression, la schizophrénie et le SIDA</li> <li>2. Les difficultés parmi les soins de santé primaires dans le traitement des patients alcooliques sont plus grandes que d'autres groupes de patients</li> </ol>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude exploratoire non-contrôlée, avec un échantillon intentionnellement défini.
Population et contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Six cent neuf professionnels actifs dans un service de santé publique ont participé à l'étude. 369 viennent d'un service des municipalités de la région Zona da Mata de l'état de Minas Gerais et 240 à Riveirão Preto dans l'état de São Paulo au Brésil.</li> <li>-86,5% de l'étude sont des femmes, 54% du groupe totale sont des travailleurs de santé communautaire, 13,1% sont des infirmières auxiliaires, 11,8% des infirmières, 8,7% de médecins. Le reste sont des professions qui ne participe pas aux équipes de soins primaires (18 professionnels de soins dentaires, 11 travailleurs sociaux, 9 psychologues, 8 techniciens administratifs, 10 étudiants etc.).</li> <li>-La moyenne d'âge des participants est de 36,4 ans et le temps de travail dans les soins de santé primaires est de 4,9 ans.</li> </ul>
Collecte des données et mesures	<p>Quatre instruments que les participants ont répondu de manière autonome :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Questionnaire sur les professionnels : destiné à recueillir des informations sur les participants. Il n'est pas écrit dans l'article comment ce questionnaire a été créé.</li> <li>-Echelle de jugement concernant l'alcoolisme : utilise 5 déclarations stéréotypées sur l'alcoolisme et les alcooliques. Réponses sont forme de type de Likert. Cette échelle a été développée dans une autres études par Babor et al. (1986)</li> <li>-Questionnaire sur les problèmes de santé : avec deux orientations sur la responsabilité du patient pour ses problèmes de santé. Ce questionnaire est basé sur le modèle de Brickmann (Brickman et al., 1982 , Kloss et</li> </ul>

	<p>Lisman 2003 et Palm, 2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation des difficultés personnelles : question à développer sur les difficultés personnelles des professionnels de soins de santé ayant à faire à des patients ayant les problèmes de santé décrit dans les objectifs de cette étude. Réponses alternatives de type Likert. Il n'est pas écrit dans l'article comment cette évaluation a été créé.</li> </ul>
Déroulement de l'étude	<p>Les professionnels ont été contactés par les chercheurs et ont dû répondre à des questionnaires. Sur les 609 professionnels contactés pour cette étude, tous ont participé.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Analyse des données : données organisées et analysées avec le logiciel des statistiques SPSS version 15.0. Les statistiques descriptives comme la fréquence, le pourcentage, la moyenne, l'écart-type et le degré de liberté ont été utilisés. Les inférences statistiques ont été utilisées pour tester les hypothèses de l'étude.</li> <li>-Le test du chi carré a été utilisé dans le cas des variables nominales pour la comparaison entre la répartition entre les groupes de variables.</li> <li>-Pour la comparaison des moyennes des variables de plus de deux échantillons indépendants, le test Kruskal-Wallis a été utilisé.</li> <li>-Test de corrélation de Spearman a été utilisé pour l'évaluation des deux variables numériques.</li> <li>-Niveau de signification a été établi à 5% (<math>p &lt; 0,05</math>) pour l'évaluation des différences entre les moyennes et la distribution de la fréquence parmi les variables.</li> </ul>
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>-.Les infirmières auxiliaires ont eu le score le plus haut dans l'échelle du jugement suivi par les assistants de santé communautaires, les infirmières, les autres et enfin les médecins.</li> <li>-L'âge des professionnels démontre une corrélation positive avec le jugement moral des personnes dépendantes à l'alcool, en d'autres termes plus le soignant est âgé et plus il y a de moralisation.</li> <li>-Le nombre d'années de travail ne montre aucune corrélation.</li> <li>-Aucune corrélation significative n'a été observée entre l'échelle de jugement de la consommation d'alcool et de la difficulté dans le traitement des personnes souffrant de problèmes d'alcool.</li> <li>-Aucune différence n'a été constatée entre la moralisation et le sexe de la personne dépendante à l'alcool.</li> <li>-Une différence significative a été observée au niveau des visions de la responsabilité des patients. Les cliniciens classés dans le modèle moral ont démontré le taux le plus élevé de jugement, suivi par le modèle éclairé, le modèle médical et le modèle compensatoire.</li> <li>-Quand on compare entre les catégories de professionnels dans leurs points de vues de modèles pour les différentes conditions de santé, les infirmières (68,6%) et les auxiliaires (65,3%) ont démontré le plus grand niveau de moralisation de l'alcoolisme.</li> </ul>

	<p>-Il y avait une différence significative dans la fréquence de distribution, dans le modèle où l'idée est que le patient est responsable ( <math>p &lt; 0,05</math>).</p> <p>-Concernant les difficultés personnelles dans le traitement de patients ayant certaines conditions de santé telle que la consommation de marijuana, d'alcool, de schizophrénie etc. L'alcool se trouve à la troisième place du classement concernant la responsabilité du patient quant à ses conditions de santé.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>-Les deux hypothèses testées sont confirmées. Les comportements d'abus d'alcool et d'autres substances ont été les plus moralisés par les professionnels des soins de santé primaire.</p> <p>-Les points de vue ont été évalués principalement sur l'attribution de la responsabilité de l'état de santé et non sur l'approbation du comportement sociale.</p> <p>-La deuxième hypothèse selon laquelle les professionnels de santé de soins primaire perçoivent les patients dépendants à l'alcool, la marijuana et à la cocaïne comme les plus difficiles à soigner est attestée.</p> <p>-Les professionnels montrant le plus grand degré de moralisation étaient les infirmières auxiliaires. Les médecins présentaient le taux le plus bas.</p> <p>-Les attitudes des professionnels des SSP à l'égard de l'état de santé ont été observées comme étant relativement homogènes.</p> <p>-Une fois qu'un patient est perçu dans le modèle médical, son alcoolisme est considéré comme une maladie irréversible, par contre quand le patient est perçu dans le modèle compensatoire, il est considéré comme ne pas à blâmer pour le problème et est tenu responsable pour y faire face.</p> <p>-D'autres études soutiennent l'idée que l'amélioration de l'auto-évaluation dans la préparation des soignants pour faire face aux patients a une influence positive sur les changements d'attitude concernant ces patients-là.</p>
Perspectives futures	-il est important pour le futur, de mettre en œuvre des stratégies de formation appropriées pour les professionnels de la santé au Brésil afin de diminuer la stigmatisation
<b>Questions générales</b> Présentation	Bonne présentation générale de l'article.
Evaluation globale	Celui-ci résume bien les problèmes liés à la stigmatisation en se basant sur d'autres études. Il compare les attitudes des différents professionnels de la santé. Par contre, il y a une limite dans la généralisation des résultats à cause que l'échantillon était intentionnellement défini.

**Article C :**

Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative

**Article :** Amaral-Sabini, M. B., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Samet, J. H., & Saitz, R. (2012). Is a patient's type of substance dependence (alcohol, drug or both) associated with the quality of primary care they receive ?, *Quality in Primary Care*, 20, 391-399.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Le titre permet de comprendre que les auteurs cherchent à savoir s'il y a une différence entre la qualité des soins offerts en santé primaire et le type de dépendance (alcool et ou drogue)
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			But : évaluer si le type de dépendance à une substance a un impact sur la qualité de prise en charge en soins primaire.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les chercheurs se sont basés sur d'autres études pour comprendre la problématique.</li> <li>-Les problèmes de dépendance étant souvent devenus une maladie chronique, les soins primaires ont donc le potentiel d'améliorer le résultat de l'addiction.</li> <li>-La qualité de la prise en charge (soins) reçue par le patient a une influence sur le résultat de soins.</li> <li>-La stigmatisation envers le patient peut avoir une influence sur la qualité des soins à celui-ci.</li> <li>-Il semble que les professionnels de la santé ont</li> </ul>



					<p>moins de peine à prendre en charge une personne souffrant de dépendance à l'alcool qu'une personne toxicomane.</p> <p>-Certaines drogues sont « socialement acceptées » et d'autres non. Le type de drogue a une influence sur l'attitude des soignants.</p> <p>-Il est parfois craint de la part des médecins d'être manipulés par les dépendants.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			La qualité de prise en charge
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			<p>-En fonction du type de dépendance la prise en charge n'est pas la même et la qualité de la relation personne soignée et médecin varie.</p> <p>-Les patients diagnostiqués avec des dépendances aux drogues auraient une qualité de soins primaire plus mauvaise que ceux dépendants à l'alcool</p>
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			Les variables permettent d'évaluer la qualité des soins en fonction de la relation patient-médecin. En mesurant cela, les chercheurs cherchent à savoir si le type de dépendance a une influence sur la relation du patient et du médecin.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Cet article est une étude de corrélation prospective.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			<p>-La population vient d'une autre étude faite à Boston aux USA (l'étude d'évaluation de la santé de dépendance et de la gestion de maladie (AHEAD)) qui est une étude prospective de corrélation avec 563 patients dépendants à l'alcool et / ou toxicomanes inscrits dans un essai contrôlé randomisé.</p> <p>-Les chercheurs de cet article ont pris les participants de l'étude AHEAD et ont rajouté le critère d'inclusion</p>

					suivant : il fallait avoir un suivi avec un clinicien (infirmier, médecin assistant). Au final, il restait 427 participants pour cette étude.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Grand échantillon avec des critères bien précis.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les assistants en recherche ont utilisé l'interview de type standardisé.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			-Les chercheurs ont utilisé 3 sortes de variables : 1. La variable indépendante représentant le type de substance 2. la variable dépendante venant de l'enquête sur l'évaluation des soins primaires (PCAS) qui était administrée lors des suivis des entretiens. Celle-ci mesure la qualité des soins en santé primaire dans un contexte spécifique de relation patient-clinicien 3. Les co-variables mesurant les potentiels facteurs de confusion. Ils étaient sélectionnés dans la littérature et des savoirs des cliniciens. Elles incluent : l'âge, le sexe, l'ethnie, le résumé des composantes mentales, sans abris, l'emploi, l'éducation, les maladies comorbides, le revenu, l'incarcération, les assurances de santé.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			-Les sujets ont signé un consentement éclairé et ont été évalué par des assistants de recherche formés à l'aide d'interview standardisé et avec des garanties de confidentialité. -Cette étude a été approuvée par l'Institutional Review Conseil sur le campus médical de l'Université de Boston

					-Un certificat de confidentialité émis par le gouvernement fédéral a protégé davantage la vie privée des sujets.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			-Les chercheurs ont fait des statistiques descriptives de toutes les co-variables à base stratifiée par type de dépendance. -L'association entre la dépendance à un type de substance et le résultat de la qualité des soins primaire était testé en utilisant un modèle linéaire pour corrélés les données. -les analyses ont été effectuées à l'aide de tests à double face et un niveau de signification de 0,05. -Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (Version 9.2, SAS Institute, Cary, NC).
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats sont présentés à l'aide de résultats et de tableaux.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Les résultats ont été interprétés en fonction de l'attitude des soignants selon le type de drogue.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Pas de généralisation car la collecte des données était sous forme d'échantillon intentionnel, donc les chercheurs ne peuvent pas généraliser à tous les professionnels de la santé de soins primaire. La généralisation des résultats de l'étude peut être limitée à une population adulte urbaine avec des problèmes sociaux et économiques.

	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			<p>-Il est possible que la durée de la relation de soins primaires (qu'ils n'ont pas testée et pourrait être dans la causalité entre le type de substance de dépendance et la qualité des soins) est importante pour la qualité et les résultats pourraient être différents.</p> <p>-La généralisation des résultats de l'étude peut être limitée à une population adulte urbaine avec des problèmes sociaux et économiques.</p>
<b>Perspectives futures</b>	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			<p>-Les nouvelles stratégies devraient placer les addictions aux centres des préoccupations sanitaires et sociales.</p> <p>-Les chercheurs pensent que le changement demandera beaucoup d'effort dans le domaine social. Eventuellement, si on pouvait se concentrer sur la diminution de la stigmatisation et améliorer les services pour les patients dépendants où ils pourraient recevoir des soins primaires.</p> <p>- De futures études devraient examiner la relation entre la qualité des soins et le résultat clinique avec les patients souffrant de dépendance.</p>
<b>Questions générales Présentation</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			L'article est clair et bien structuré.
<b>Evaluation globale</b>	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Selon les chercheurs, cet article peut aussi être utilisé par d'autres professionnels de la santé. Il est intéressant de voir qu'en fonction du type de substance la prise en charge est différente.

### Article C :

#### Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Amaral-Sabini, M. B., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Samet, J. H., & Saitz, R. (2012). Is a patient's type of substance dependence (alcohol, drug or both) associated with the quality of primary care they receive ?, <i>Quality in Primary Care</i> , 20, 391-399.
Résumé	Cette étude parle de la différence de comportements des cliniciens en soins primaires en fonction du type de dépendance des patients. De plus, il a été constaté que les patients s'injectant des drogues étaient plus stigmatisés que les patients consommant des drogues moins illicites. Cette étude peut être adaptée à d'autres professionnels de la santé tels que des infirmiers.
Introduction Enoncé du problème Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>-En répondant aux problèmes d'alcool et d'autres drogues (AOD) dans les soins primaires, ceux-ci deviennent alors une problématique de santé principale. Cela peut probablement faire diminuer la stigmatisation du personnel soignant liée à l'utilisation de ces substances et ainsi améliorer la qualité des soins.</li> <li>-Les problèmes de dépendance étant souvent devenus une maladie chronique, les soins primaires ont donc le potentiel d'améliorer le résultat de l'addiction.</li> <li>-En fonction de la qualité de soins que le patient va recevoir en soins primaire, celle-ci aura un impact sur les résultats de soins comme celui de l'adhésion à des conseils médicaux et une amélioration du statut.</li> <li>-La stigmatisation peut avoir une influence directe sur la qualité des soins des patients.</li> <li>-Il semblerait que les professionnels de la santé ont moins de « problèmes » avec des patients ayant un problème d'alcool que ceux consommant d'autres drogues.</li> <li>-Il a aussi été démontré que certaines drogues sont socialement acceptées, comme par exemple l'alcool la consommation de drogue injectable, elle, est souvent stigmatisée.</li> <li>-La qualité des soins que reçoivent les patients souffrant d'addictions dépend de l'attitude du soignant qui le prend en charge.</li> <li>-Les médecins craignent parfois d'être manipulés par les patients et de ne pas avoir les bons outils pour résoudre leurs problèmes.</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Le concept n'est pas défini comme tel, mais la qualité de prise en charge est un thème qui ressort beaucoup dans cet article.

Hypothèses	Les patients diagnostiqués avec des dépendances aux drogues auraient une qualité de soins primaire moins bonne que ceux dépendants à l'alcool
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Cet article est une étude de corrélatrice prospective. Le but de cette étude : évaluer si le type de dépendance à une substance a un impact sur la qualité de prise en charge en soins primaire.
Population et contexte	<p>- Les données ont été obtenues à partir d'une étude prospective corrélatrice incluant 563 patients dépendant à l'alcool et / ou toxicomanes inscrits dans un essai contrôlé randomisé, à savoir l'étude d'évaluation de la santé de dépendance et de la gestion de maladie (AHEAD). Les chercheurs de cet article ont pris les participants de l'étude AHEAD et ont rajouté le critère d'inclusion suivant : il fallait avoir eu un suivi avec un clinicien (infirmier, médecin assistant). Au final, il restait 427 participants pour cette étude.</p> <p>- L'étude AHEAD était un essai afin de voir l'efficacité de la gestion de la maladie chronique de dépendance à l'alcool et ou à la drogue dans les soins primaire. L'étude de AHEAD était un essai de l'efficacité des traitements et ou la gestion de la maladie aux dépendances chroniques alcoolique ou à d'autres substances dans les soins primaires avec suivi personnel de 3, 6 et 12 mois.</p> <p>Les sujets ont été randomisés en deux groupes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Groupe de la gestion des soins chroniques qui est dans la clinique (AHEAD)</li> <li>2. Groupe témoin qui n'avait pas accès à la clinique. La clinique AHEAD fournit une évaluation et des soins continus sur place avec une équipe expérimentée dans les soins de patients ayant une addiction. (psychiatre, infirmière en management de soins, internistes).</li> </ol> <p>Les critères pour participer à l'étude étaient, d'avoir minimum 18 ans et avoir une dépendance à la drogue ou à l'alcool, être en mesure d'être interrogé, parler espagnol ou anglais. Les personnes devaient être disposées à établir ou continuer les soins primaires dans l'établissement où au lieu de l'étude. Les participants ont dû fournir deux personnes de contact pour aider à avoir un suivi, avoir un score &gt;20 du Mini-Mental score et ne pas être enceinte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La préparation au changement d'utilisation de substance ou de demande d'aide n'était pas un critère d'inclusion</li> <li>- Les sujets ont été recrutés à partir d'une unité de désintoxication en milieu hospitalier, d'annonce dans la communauté et le cadre de soins (soins primaires, hôpitaux, services d'urgence), d'un réseau de sécurité en milieu urbain.</li> </ul>
Collecte des données et mesures	- Les chercheurs ont interviewé les participants avec les participants ayant eu un suivi avec un clinicien lors de l'étude AHEAD. Les assistants en recherche ont utilisé l'interview de type standardisé.

Déroutement de l'étude	<p>-Au recrutement de l'étude, les chercheurs ont mis des variables indépendantes principales. La principale variable d'intérêt dépendante était le type de substance tel qu'évalué et déterminé par the Composite International Diagnostic Interview Short Form. Puis, les sujets ont été classés en 3 catégories : dépendance à l'alcool, dépendance aux drogues ou dépendance à la drogue et à l'alcool. Une seconde analyse a été faite, car les chercheurs suspectaient qu'ils y avaient une plus grande stigmatisation envers les personnes s'injectant des drogues que les autres dépendants aux drogues.</p> <p>-Les variables dépendantes : L'enquête d'évaluation des soins primaires (PCAS) a été fait au cours du suivi des interviews. La PCAS est une mesure de la qualité des soins dans un contexte spécifique de relation patients-médecins. Les chercheurs se sont surtout intéressés à comprendre comment le type de dépendance influence la relation médecin-patient. Ils ont analysés 6 relations patients-médecins avec les échelles mesurant les relations de ceux-ci.</p> <p>-Les co-variables : les potentiels facteurs de confusion étaient sélectionnés dans la littérature et savoir des cliniciens. Ils incluent : l'âge, le sexe, l'ethnie, le résumé des composantes mentales, sans abris, l'emploi, l'éducation, les maladies co-morbides, le revenu, l'incarcération, les assurances de santé.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>-Ils ont produit des statistiques descriptives des co-variables. En outre, ils ont décrit l'utilisation des soins primaires à travers la période du suivi en utilisant deux variables différentes. Ils ont estimé en moyenne de 3 mois pour les visites suivies dans les soins primaires.</p> <p>-L' association entre le type de substance et la qualité des soins primaire a été testé en utilisant le modèle général linéaire pour les données corrélées.</p> <p>-Les modèles qui ont été utilisés sont : une matrice de co-variable non structuré dans lequel chaque divergence et co variable entre les pairs de mesure répétée ont été estimé en utilisant des données valides.</p> <p>-Les analyses ont été effectuées à l'aide de tests à double face et un niveau de signification 0,05.</p> <p>-Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (Version 9.2, SAS Institute, Cary, NC).</p>
Présentation des résultats	<p>-Sur les 427 sujets inclus dans l'échantillon de l'étude, 299 ont déclaré avoir eu le premier un entretien de suivi avec un clinicien de soins primaires après 3 mois, 314 ont eu un entretien avec le clinicien des soins primaires après 6 mois et 345 l'ont eu après 12 mois. Ce qui fait un total de 958 observations.</p> <p>- 61 %,71% et 83% des sujets ont déclaré avoir un clinicien de santé primaire pendant plus de 6 mois aux 3, 6, 12 mois de suivis.</p> <p>-La médiane (IQR) du nombre total de visites de soins primaires à travers le suivi était 1 (0, 2) pour ceux qui ont une visite de suivi (données représentent au total visites en 3 mois de période de temps); de 2 (1, 4) pour les personnes ayant deux visites de suivi (données représentent les visites totales en 6- période de temps par mois) et de 3 (2, 6) pour ceux qui ont trois fois le suivi des visites (données représentent les visites totales en 9</p>

	<p>mois).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dans l'échantillon ,14% des participants étaient seulement dépendant à l'alcool, 20% à la drogue et 66% avaient une dépendance à l'alcool et à la drogue.</li> <li>-La moyenne d'âge des dépendants à l'alcool était de 46 ans et de 40 ans pour les dépendants à l'alcool et aux drogues et enfin de 34 ans pour les dépendants seulement à la drogue.</li> <li>-La plupart des participants étaient sans emploi et avait été incarcérés.</li> <li>-Les participants avec une dépendance à l'alcool avaient plus de comorbidités médicales que les personnes s'injectant des drogues.</li> <li>-Les personnes ayant un problème de drogue et d'alcool sont plus susceptibles d'être incarcérées.</li> <li>-Le type de dépendance est significatif avec le type de relation entre patient et médecin</li> <li>-Les personnes présentant un problème d'alcool ont relevé une meilleure qualité des soins primaire que les personnes ayant un problème de drogue ou les deux dans 4 domaines : la rigueur des examens physiques, la communication, les traitements interpersonnels et la confiance.</li> <li>-Les dépendants s'injectant de la drogue sont plus stigmatisés que les autres.</li> </ul>
<p><b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dans cet article, avoir une dépendance à la drogue et ou sans dépendance à l'alcool provoque significativement une mauvaise qualité de soins primaire dans plusieurs domaines impliquant la relation patient-clinicien.</li> <li>-Les patients avec un problème de drogues et d'alcool ont une qualité de prise en charge des soins primaires pauvres et sont plus stigmatisés.</li> <li>-La stigmatisation des personnes avec une dépendance est un problème historique, politique et un phénomène social à partir duquel les professionnels de la santé ne sont pas immunisés.</li> <li>-En plus, d'utiliser la stigmatisation pour expliquer la différence de la qualité des soins, d'autres études ont démontré l'importance de la relation patient-clinicien amenant qualité des soins ainsi que de meilleurs résultats</li> </ul>



	-En Australie une étude a démontré que les personnes souffrant d'addiction étaient discriminées par la police (80%), le corps médical (60%), les médecins et pharmaciens (57%), les fournisseurs de méthadone (33%) et par la communauté des travailleurs de la santé (7%).
Perspectives futures	-Les nouvelles stratégies devraient placer les addictions aux centres des préoccupations sanitaire et social. -Les chercheurs pensent que le changement doit être fondé sur l'effort de plusieurs fronts du domaine de la santé. Finalement une telle remise en question peut amener une diminution de la stigmatisation, l'amélioration des services de soins primaire pour les patients atteint d'une dépendance à une substance. - De futures études devraient examiner la relation entre la qualité des soins et le résultat clinique avec les patients souffrant de dépendance.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est clair et bien structuré.
Evaluation globale	Par contre, cet article se concentre plutôt sur les médecins plutôt que les infirmiers. Mais, les résultats peuvent quand même être transférables aux infirmiers.

**Article D :**

Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative

**Article :** Vadlamudi, R. S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T., & Wahid, Z. (2007). Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding car for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. *Nurse Education in Practice* (8), 290-298.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre fait mention d'un thème général, à savoir les attitudes, les croyances et le niveau de confiance des infirmières dans la prise en soins des personnes alcoolo-dépendantes.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Les différentes parties ne sont par contre pas ressorties par des titres distinctifs. Néanmoins, les différentes parties essentielles sont présentes. L'introduction parle du problème d'alcool en général. Ensuite, il y a le but de l'étude, la méthodologie et la conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			L'alcool est abordé de manière générale, puis les interventions brèves et le dépistage viennent ensuite.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'étude s'appuie sur un rapport national thématissant les consommations de drogues et la santé pour donner quelques chiffres par rapport au nombre de personnes alcooliques. La recension des écrits permet de faire ressortir les effets négatifs causés par l'alcool, au niveau économique, politique. Puis, les auteurs parlent des dernières études s'intéressant à la prise en charge médicale des patients alcoolo-dépendants. Au final, ils cherchent des interventions possibles pour remédier à la stigmatisation des

					personnes alcoolo-dépendantes dans le domaine médical.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Dans cette étude, plusieurs concepts ressortent comme les attitudes, les croyances et le niveau de confiance des personnes alcooliques. Cependant, il n'y a aucune définition ou explications de ces concepts dans cette étude.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Il n'y a pas d'hypothèse mise en évidence. Toutefois, le texte en fait ressortir indirectement.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			En effet, les auteurs sous-entendent que les attitudes, les croyances et le niveau de confiance sont négatifs vis-à-vis des personnes alcoolo-dépendants. De plus, ils pressentent également une efficacité de leur intervention BNI sur ces trois variables différentes.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est une étude prospective interventionnelle. Le but de cette étude est d'évaluer les changements d'attitudes, des croyances des infirmières en soins primaires vis-à-vis des patients alcoolo-dépendants ainsi que l'effet sur le niveau de confiance dans leur prise en charge après une intervention éducative. Pour finir, cette étude évalue s'il y a un changement dans le niveau de confiance et dans l'impact des efforts des infirmières afin d'atteindre les objectifs de Healthy People 2010 à propos des problèmes d'alcool.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les étudiants viennent de l'université de Vanderblit, dans la promotion 2001-2003. Il y a ensuite des informations détaillées à propos de l'âge, du sexe, du niveau de formation, de la spécialité de soins, des années de pratique, des expériences personnelles et professionnelles avec des patients alcoolo-dépendants et de la présence de problèmes d'alcool.

					personnels.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Echantillon de 181 personnes. Par contre, dans les limites de l'étude, il est fait mention d'un échantillon trop petit en vue de généraliser les résultats.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les participants de l'étude ont rempli un questionnaire évaluant leurs connaissances, leurs attitudes et leur niveau de confiance dans les interventions avec des patients souffrant d'alcoolisme. Il y avait également des questions démographiques à propos du niveau d'éducation, des années de pratique, leur spécialisations, leurs expériences professionnels et personnelles avec des gens souffrant de dépendance alcoolique.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables suivantes ont été analysées à l'aide d'une analyse de variance ANOVA : l'âge, le niveau de formation, les expériences personnelles avec l'alcool et le fait de connaître quelqu'un de son entourage qui souffre d'un problème d'alcool n'ont pas d'effet significatif sur les attitudes, les croyances et le niveau de confiance des infirmières. Les autres variables telles que les attitudes, les croyances et le niveau de confiance ont été analysées et résumées dans un tableau en comparant avant/après l'intervention éducative.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		X	Ils ont d'abord formé un comité interdisciplinaire capable d'effectuer l'intervention éducative. Puis, ils ont distribué le questionnaire avant l'intervention. Le cours a eu lieu dans le semestre avant la sortie de l'école. Puis, ils ont à nouveau récolté des données. Aucune mesure éthique n'est mentionnée pour la

					protection des données, l'auteur n'a pas été contacté pour la vérification.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les statistiques ont été analysées, puis regroupées dans deux tableaux prenant en compte des écart-types, des intervalles de confiance et des valeurs p. Des scores, des indices ont été calculés et comparés à l'aide d'alpha de Cronbach. Une analyse statistique a été effectuée avec un logiciel SPSS, ainsi qu'une analyse de variance ANOVA et un T-test.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Il y a quelques tableaux ainsi que des commentaires. De plus, les résultats sont séparés en chapitre : l'échantillon de l'étude, les résultats des variables, l'analyse statistique, l'effet de l'intervention éducative et les effets des facteurs de modification.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les auteurs reprennent des études afin de valoriser leurs résultats et reprennent les concepts principaux qui sont les problèmes d'alcool, les attitudes, les croyances et le niveau de confiance.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils pensent que la généralisation n'est pas possible sauf en reprenant les mêmes caractéristiques que l'échantillon. Il serait préférable d'élargir l'échantillon dans plusieurs régions et pays, ainsi que pour les médecins afin de pouvoir généraliser les résultats.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Dans les limites, ils mentionnent le défaut de généralisation des résultats et le fait qu'ils n'ont pas évalué l'effet de leurs interventions sur un plus long-terme.

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Ils pensent qu'il faudrait mettre en place des interventions éducatives comme séances de rappel afin d'évaluer l'effet positif de celles-ci sur un long-terme. Ils trouvent également qu'il serait intéressant de voir l'impact de ces interventions sur les comportements et de décrire ces changements de comportements.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Toutes les parties de l'étude sont mises en évidence et les principales informations sont regroupées en chapitre.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Le fait qu'une intervention éducative est efficace sur les comportements, les attitudes et le niveau de confiance des infirmières de soins primaires vis-à-vis des patients alcoolodépendants est réutilisable. De plus, le contenu de l'intervention éducative a été développé.

**Article D :**

Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche quantitative

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Vadlamudi, R. S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T., & Wahid, Z. (2007). Nurses'attitudes, beliefs and confidence levels regarding car for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. <i>Nurse Education in Practice</i> (8), 290-298.
<b>Résumé</b>	<p>Etant donné que l'alcool est une problématique au niveau mondial et que les infirmiers sont les professionnels qui les prennent le plus en charge, il serait important de les former pour le dépistage et les interventions brèves des personnes alcoolo-dépendantes.</p> <p>Cette étude évalue l'effet d'une intervention éducative sur les attitudes, les croyances et le niveau de confiance des infirmières sur le dépistage et les interventions brèves pour les patients alcoolo-dépendants.</p> <p>Les auteurs ont interrogé 180 étudiants de l'université en soins infirmiers de Vanderbilt qui ont participé à 4 heures d'éducation spécifique pour les entrainer à une prise en charge brève pour le dépistage, la détection précoce ainsi que la mise en place d'un traitement. Ils ont répondu à un questionnaire avant et après cette intervention. Les résultats ont été analysé à l'aide d'un t-test et d'une analyse de la variance qui prouvent de manière significative l'effet positif de cette intervention sur les attitudes, les croyances et la confiance vis-à-vis des personnes alcoolo-dépendants.</p> <p>En conclusion, cette intervention éducative BNI peut réellement promouvoir des changements positifs au niveau des attitudes, de la croyance et du niveau de confiance des infirmières.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>L'alcool est la troisième cause de mortalité évitable aux Etats-Unis. Dans le monde, l'alcool provoque 1.8 millions de morts par année, 58.3 millions d'incapacité. Il cause 20-30% de cancer de l'œsophage, du cancer du foie, de la cirrhose du foie, de l'épilepsie, d'homicide et d'accident de véhicules à moteur. C'est donc un problème global qui a augmenté cette dernière décennie surtout dans les pays en voie de développement.</p> <p>Plusieurs études ont prouvé l'efficacité du dépistage et de l'intervention brève (SBI) pour les médecins en soins primaires, d'autres ont reporté cette intervention sur les infirmières. Malgré ces interventions éducatives, les médecins ne priorisent pas, durant leur temps donné et limité, ces interventions lors de leurs prestations de soins, mais préfèrent soigner les autres problèmes de santé. Ces interventions ont principalement été effectuées sur les infirmiers et les médecins qui sont les plus proches des patients alcoolo-dépendants.</p>

	L'introduction d'une intervention brève et négociée (BNI) qui est une dérivation du programme SBI dans le cursus de formation serait une stratégie afin d'améliorer le dépistage et les soins des patients alcoolique.
Recension des écrits	<p><b>Amplitude du problème :</b>            Une étude récente a prouvé l'impact économique négatif des maladies causées par les maladies et les morts causées par les drogues, les incarcérations, les heures de travail manquées par les victimes.            Une étude récente suggère une modification des politiques en Grande-Bretagne afin d'avoir des interventions de soins plus efficaces pour les toxicomanes.</p> <p><b>L'inefficacité des services :</b>            Des études rétrospectives, dans les services d'urgences en milieux urbains, ont montré que malgré qu'un grand nombre d'hospitalisations sont dûes à un problème d'alcool, aucun effort pour identifier un problème d'alcool n'est ressorti dans les dossiers de soins.</p> <p><b>Les barrières :</b>            Comme barrières au dépistage ainsi qu'à la mise en place de traitements, il est souvent ressorti : le manque de formation adéquate, des attitudes ou des croyances erronées sur les patients alcoolo-dépendants et sur leur traitement, des contraintes de temps, de la peur des patients qui rechutent, l'inconfort d'aborder le sujet, ainsi que le manque d'assurance agissent.</p> <p><b>L'effet de l'éducation sur les attitudes, les croyances et le niveau de confiance :</b>            Une étude a montré l'efficacité des interventions brèves comme type d'enseignement pour avoir un impact positif sur les attitudes, les croyances et le niveau de confiance pour le dépistage et la mise en place du traitement pour les alcoolo-dépendants.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	L'attitude, les croyances et le niveau de confiance.
Hypothèses	<p>A travers le texte, les hypothèses face à cette recherche ressortent.</p> <p>En effet, les auteurs sous-entendent que les attitudes, les croyances et le niveau de confiance sont négatifs vis-à-vis des personnes alcoolo-dépendants. De plus, ils pressentent également une efficacité de leur intervention BNI sur ces trois variables différentes.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Cette étude interventionnelle comparative a pour but d'étudier les changements d'attitudes, de croyances des infirmières en soins primaires à l'égard du traitement des patients alcooliques. Cette étude cherche à savoir également s'il y a un changement de croyances des infirmières en soins primaires quant à l'impact de leur effort pour atteindre les objectifs de Healthy People 2010 lié à l'abus d'alcool.



Population et contexte	<p>Élèves en soins infirmiers (généraux) de l'université de Vanderbilt en 2001-2003. Ces étudiants ont la particularité de venir de domaines différents et d'avoir de l'expérience clinique. Plus de la moitié des étudiants sont entrés avec un diplôme ne concernant pas les soins comme en biologie, psychologie, travail social, avec en pré-requis un niveau scientifique de base ou pour compléter un programme de soins infirmiers de base accéléré pour accéder au programme de soins infirmiers pratique avancée.</p> <p>181 étudiants qui sont directement en contact avec cette population, dont 96% de femmes, de 22 à 57 ans.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Avant et après l'intervention éducative, les participants ont rempli une grille d'évaluation vis-à-vis de leurs attitudes, leurs connaissances et la confiance par rapport au dépistage et aux interventions avec les patients souffrant de problèmes d'addiction à l'alcool.</p> <p>C'est un questionnaire de 100 questions utilisé en format de Likert pour évaluer en 5 points les connaissances, les attitudes, leur niveau de confiance. Il y avait également des questions démographiques de base, sur leur niveau de formation, sur leurs années d'expérience, sur la mise au point du statut d'infirmière praticienne, sur leurs expériences ultérieures avec les patients alcooliques et sur leurs expériences personnelles avec la famille, les amis ou d'autres personnes souffrant d'addiction alcoolique.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Le groupe interdisciplinaire (interdisciplinary Faculty Learning Group IFGL 7) du projet Mainstream a permis cette étude. Il est composé d'un psychiatre, d'une infirmière en pratique avancée et d'un éducateur en santé publique.</p> <p>L'enseignement dure 4 heures et a été développé par l'équipe IFGL 7 utilisant une technique d'intervention brève (BNI), divisé en deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une partie didactique avec un exposé interactif avec une présentation powerpoint et une carte d'instructions en format poche résumant les critères de consommation d'alcool à risque et d'abus d'alcool et les différentes étapes à suivre pour réduire les méfaits de la consommation de l'alcool sur le patient.</li> <li>- Une partie pratique : un jeu de rôle pour mettre en œuvre les interventions proposées dans une interaction soignant-patient, où les étudiants jouaient soit le rôle du soignant, soit le rôle du patient, soit un rôle d'observateur, puis une discussion en fin de session.</li> </ul> <p>Les techniques de dépistage et d'interventions BNI sont composées de 4 étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aborder le sujet de la consommation alcoolique avec le patient en le liant à la présentation du patient ou de sa plainte pour diminuer l'inconfort et une attitude défensive</li> <li>2) évaluer et dépister la consommation d'alcool ou l'abus en se fiant aux questionnaires CAGE et NIAA</li> <li>3) apporter des commentaires et des informations appropriées concernant l'abus ou la consommation</li> </ol>

	<p>d'alcool et augmenter la motivation du patient à changer en liant la réduction de la consommation ou la plainte principale</p> <p>4) négocier un objectif réalisable en lui proposant des moyens pour l'aider et lui assurer un soutien et un suivi pour l'atteindre. Si la consommation d'alcool est trop élevée référer le patient vers un médecin qui pourra lui administrer un traitement adapté ainsi qu'un suivi.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Analyse avant et après les interventions des attitudes, des croyances des infirmières de soins primaires dans la prise en charge de patients alcoolo-dépendants de l'alcool, leur niveau de confiance et les croyances de l'impact de leurs efforts pour atteindre les objectifs de Health People 2010.</p> <p>Un score de l'indice a été calculé en fonction des valeurs attribuées aux différentes réponses du questionnaire. Les questions ont montré une bonne fiabilité avec un alpha de Cronbach de 0.55, 0.88 et 0.77.</p> <p>L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du SPSS avec une niveau de signifiante de 0.05. L'effet de l'intervention éducative a été testé avec un t-test. L'effet des variables indépendantes comme l'âge, le degré de formation, les expériences ultérieures avec ce type de patients, les expériences personnelles a été analysé en utilisant une analyse de variance ANOVA.</p>
Présentation des résultats	<p>La moyenne des scores à index indique que l'intervention éducative a un effet positif sur les attitudes, les croyances, le niveau de confiance et sur les croyances de l'impact de leurs efforts. Ce résultat est confirmé par un t-test valeur p significative et un intervalle de confiance de 95% pour les différentes variables.</p> <p>Le résultat d'analyse ANOVA montre que les variables telles que l'âge, le niveau de formation, les expériences personnelles avec l'alcool et le fait de connaître quelqu'un de son entourage qui souffre d'un problème d'alcool n'ont pas d'effet significatif sur les attitudes, les croyances et le niveau de confiance des infirmières. Par contre, le fait d'avoir déjà eu des expériences avec de tels patients influencent les attitudes et croyances des soignants (<math>p= 0.032</math>) (p. 295).</p> <p>Les infirmières ayant peu ou pas d'expérience avec des patients alcoolistes ont nettement amélioré leur niveau de confiance grâce à l'intervention éducative, contrairement aux infirmières qui avaient plus d'expérience qui n'ont pas amélioré leur niveau de confiance après l'intervention éducative. Le niveau de confiance des infirmières ayant une grande expérience avec ces patients était plus haut que chez les soignants avec une expérience modérée même avant l'intervention éducative. Ceci montre qu'il n'y a pas une grande marge de progression possible.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Malgré l'énorme besoin en soins pour les personnes alcoolo-dépendantes, étant donné que l'alcool représente un problème majeur dans le monde entier, malheureusement, il n'y a que peu de prestations de soins adaptées à l'alcool et aux problèmes qui s'y rapportent.</p> <p>Dans la littérature, il a été prouvé que les attitudes, les croyances et le niveau de confiance des infirmières en</p>

	soins primaires modifient leurs prises en charge lorsque ce sont des patients alcoolo-dépendants. Pour vaincre ce problème, il est possible de proposer des interventions éducatives qui ont été prouvées significatives dans la littérature. Cette étude montre que l'intervention éducative proposée a un effet positif significatif sur les attitudes et les croyances des infirmières en soins primaires vis-à-vis de l'alcoolisme et le traitement s'y rapportant ainsi que sur les croyances de l'impact de leurs efforts à atteindre les buts du programme Healthy People 2010 concernant les problèmes d'alcool.
	L'effet positif de l'intervention éducative BNI a indubitablement montré son impact sur les attitudes, les croyances et le niveau de confiance des infirmières en soins primaires dans la prise en charge des patients alcooliques et leur traitement. Cette étude montre l'importance d'avoir cette intervention éducative dès le début du cursus de formation générant des effets positifs sur les comportements des soignantes dans la pratique avec des patients alcoolo-dépendants. Le fossé entre la théorie et la pratique dans la prise en charge des patients alcooliques, dans le dépistage et les interventions brèves ainsi que le défaut des services de routine dans le dépistage soulèvent des grands débats éthiques et remettent en doute la qualité des soins.
	En conclusion, l'éducation est une intervention efficace pour améliorer les attitudes, les croyances et le niveau de confiance dans la prise en charge des patients alcooliques. En effet, les comportements quant au dépistage, aux conseils et au traitement peuvent être modifiés sur un long-terme. Il serait également intéressant de tester cette intervention sur les médecins qui sont eux aussi en contact avec les patients alcoolo-dépendants.
Perspectives futures	Comme cette étude n'a pas pris en compte les différences dans les comportements des infirmières, il serait bien qu'une étude s'y intéresse. De plus, il faudrait des recherches supplémentaires pour évaluer l'effet de l'éducation sur un long-terme. Pour cela, un suivi des attitudes et des comportements serait nécessaire. Il serait possible de mettre en place des interventions éducatives comme séances de rappel pour soutenir son effet sur un plus long terme. Pour que les résultats soient généralisables, il faudrait un échantillon plus grand et plus varié, provenant de plusieurs pays et régions.
<b>Questions générales</b> Présentation	Toutes les parties de l'étude sont mises en évidence.
Evaluation globale	Le faible taux de participants dans chaque groupe peut avoir un effet sur l'analyse statistique. L'échantillon de participants était trop petit ce qui ne permet pas de généraliser les résultats. De plus, les étudiants de cette région ne peuvent pas représenter l'ensemble des infirmières de soins primaires dans la population générale. Par contre, les résultats peuvent être utilisés sur une population représentant les mêmes facteurs d'inclusion que ceux de cette étude. De plus, il n'y avait que très peu de tableaux résumant les résultats qui étaient en plus compliqués.

**Article E :**

Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative

**Article :** Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vadj, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users : a European multi-centre study. *Addiction*, 106, 1114-1125.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre mentionne les attitudes à l'égard des personnes souffrant de dépendance dans divers pays d'Europe.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il est composé des buts, du design, du setting, de la population, de l'outil de mesure, d'un résumé des résultats et d'une brève conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les auteurs partent du fait que les études précédentes ont souvent analysé l'impact des caractéristiques individuelles du patient et le type de traitement prescrit sur les attitudes du personnel vis-à-vis des toxicomanes. Dans cette étude, les auteurs s'intéressent à l'influence des rôles des professionnels et des attitudes du personnel vis-à-vis de patients dépendants.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Les auteurs de l'étude se sont d'abord intéressés à voir comment le sujet avait déjà été abordé dans différentes études. Ils ont cherché à comprendre l'étiologie de ce genre de comportements avec les toxicomanes, puis l'effet de ces attitudes sur les patients.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Pas clairement, il n'est mentionné aucune fois un concept précis ou une théorie de soin. Par contre, les

					concepts d' « attitude » et d'« égard » ressortent à maintes reprises.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Par contre, en lisant l'étude, il est facile de comprendre que les auteurs pensaient déjà au préalable qu'il y a une différence d'égard du personnel soignant vis-à-vis des toxicomanes.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			En effet, plusieurs études ont déjà été faites à ce sujet et relèvent des attitudes négatives vis-à-vis des toxicomanes.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est une étude comparative en coupe transversale et multicentrique.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			La population interrogée est classée selon le pays, le type de profession, l'âge, le sexe, les années de travail et le type de service choisi.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Il y a eu 866 personnes interrogées, des médecins (223), des psychiatres (180), des psychologues (139), des infirmiers (224) et des éducateurs (68) de 253 services différents.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			The Medical Condition Care Scale est un outil qui a d'abord été testé et validé sur des étudiants en médecine pour y refléter leurs préjugés, leurs émotions et leurs attentes vis-à-vis une population de soin cible. Par contre, cet outils n'est pas validé pour la population interrogé.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Ce sont les attitudes vis-à-vis des personnes toxicomanes. Cet outil permet de classer l'égard en 3 résultats différents : négatif, positif et neutre.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les	X			Les questionnaires ont été envoyés dans les 8 pays, soit en milieux urbains soit diffusés dans tout le pays dans les services de soins primaires, de psychiatrie générale et de psychiatrie spécialisée en addiction.

	droits des participants (éthique) ?			X	Dans 6 régions, les interviews ont été distribués et donc les professionnels ont rempli la MCRS de manière indépendante. Dans une région, la récolte a été faite par un interviewer et dans une dernière région, les deux méthodes ont été utilisées. Il n'est pas fait mention de protection des données ainsi qu'une validation d'un comité d'éthique dans cette étude et cette donnée n'a pas été vérifiée auprès des auteurs.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les statistiques ont été calculées grâce au logiciel SPSS 12.01. Les scores totaux, les moyennes et les écarts-types, les écart-types ont été utilisés pour examiner les différences de conditions selon le sexe, l'âge, la durée de travail dans leur profession, le type de profession et les services d'admission. Les T-test et l'analyse de variance ANOVA post hoc des analyses de Scheffé ont été effectuées.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Il y a des tableaux qui résument les différentes données. De plus, les résultats sont divisés en plusieurs sous-catégories donc les caractéristique du personnel par rapport au début de traitement et de la région, l'égard à travailler avec les différentes conditions de la MCRS, la région, le début du traitement, le type de profession, le début de traitement et le type de profession, les années de professions et les multi-facteurs ANOVA.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			L'étude s'appuie sur des résultats d'études antérieures pour confirmer ses résultats. Celle-ci reste toujours focalisée sur l'égard, c'est-à-dire les attitudes, comportements du personnel en fonction

					des toxicomanes.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Le fait d'avoir utilisé un échantillon de convenance dans les 8 pays limite la généralisation des résultats.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les principales limites sont la limite de généralisation des résultats, un design déséquilibré, des échantillons de professionnels qui ne sont pas équilibrés, une échelle non-validée sur les professionnels interrogés dans l'étude et certains professionnels n'avaient pas forcément d'avis sur certaines questions, car ils n'avaient pas vraiment contact avec ce type de patients.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs proposent de réitérer une étude sur d'autres régions en Europe et de prêter attention au modèle de soin utilisé dans ces pays. De plus, il serait bien qu'il y ait d'autres études employant comme échelle la MCRS.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il y a une bonne structure de l'étude et les différentes parties sont bien mises en évidence.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Malgré les limites de l'étude, elle permet d'avoir une vue globale des attitudes sur différents professionnels. Il est intéressant de remarquer la différence d'attitude vis-à-vis des types de patients proposés dans l'étude. De plus, cette étude a un grand échantillon ce qui permet d'avoir des résultats plus fiables.

**Article E :**Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche quantitative

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vadj, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users : a European multi-centre study. <i>Addiction</i> , 106, 1114-1125.
<b>Résumé</b>	Le but de cette étude est de comparer les attitudes du personnel soignant vis-à-vis des personnes dépendantes, drogue et alcool dans 8 pays d'Europe (Bulgarie, Grèce, Italie, Pologne, Ecosse, Slovaquie et Espagne). Ce sont des médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers et éducateurs qui ont été interrogés à l'aide du Medical Condition Regard Scale. Ces individus travaillent dans des services de soins aigus, de psychiatrie générale et de services spécifiques d'addiction. Le questionnaire permet de mesurer l'attention du personnel par rapport à différents types de patients, dont des patients souffrant de dépendance à l'alcool, de dépendance aux drogues, de dépression et de diabète. Les résultats ont été classés en fonction du sexe, de la profession, de la durée de fonction dans leur domaine, du service d'admission et du pays concerné. En conclusion, les professionnels de la santé semblent avoir un faible égard à travailler avec des personnes souffrant d'addiction alcoolique et aux drogues que de soigner une autre population type surtout dans les services de soins aigus. L'effet de ce résultat est plus ou moins grand en fonction de la région concernée.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	Afin d'améliorer la prise en charge des personnes dépendantes à l'alcool et aux drogues, Les caractéristiques des patients et leur traitement prescrit sont deux variables à avoir été analysées pour l'amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes à l'alcool et aux drogues. Par contre, le rôle et l'attitude des soignants n'ont pas été beaucoup étudiés.
Recension des écrits	Des attitudes négatives par rapport à cette population ont été reportées de la part des médecins généralistes, des médecins, des psychiatres, des pharmaciens et du personnel soignant. D'après certaines études, ce genre d'attitudes et d'insatisfaction peut résulter d'un manque de connaissances perçu ou réel ou d'un manque d'outils à disposition. De plus, le personnel soignant est réticent de soigner des toxicomanes, car ça peut être un travail ingrat et inconfortable, les patients sont parfois manipulateurs. Par contre, ce genre d'attitudes du personnel soignant a des répercussions sur la volonté et sur la qualité de la prise en charge de ce type de patients. Une étude déroulée en Slovaquie a trouvé que les personnes souffrant d'addiction doivent attendre plus longtemps que les autres patients pour recevoir les prescriptions des



	<p>psychiatres généraux pour leurs traitements.</p> <p>A cause de ces attitudes négatives ou des conflits avec le personnel soignant, les patients rechutent prématurément ou choisissent de ne pas prendre leurs traitements. Ces jugements parfois hostiles ou d'autres attitudes négatives apportent aux patients un sentiment qu'ils ne sont pas dignes de recevoir ces soins.</p> <p>Les attitudes vis-à-vis des patients toxicomanes n'ont pas été encore comparées avec les différents services dans d'autres études, pourtant il est important de s'y intéresser afin de pour pouvoir améliorer la qualité des prises en charge.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les différences d'égard du personnel multi-disciplinaire en fonction du diagnostic du patient (diabète, dépression, dépendance alcoolique, dépendance aux drogues)
Hypothèses	Aucune hypothèse n'est formulée directement. L'étude essaie de démontrer qu'il y a une différence d'attitude du personnel multi-disciplinaire vis-à-vis des personnes souffrant d'addiction en comparaison avec d'autres types de patients.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>C'est une étude comparative en coupe transversale multicentrique.</p> <p>Le but de cette étude est de comparer l'égard de certains professionnels à travailler avec différents patients dont des personnes addictes aux substances dans des contexte de soins différents dans 8 pays d'Europe : Bulgarie, Grèce, Italie, Pologne, Ecosse, Slovaquie, Slovénie et Espagne.</p>
Population et contexte	<p>La population interrogée est multi-disciplinaire, c'est-à-dire de 253 services différents dont les services de soins aigus, de psychiatrie générale et de services spécialisés en addiction, 866 personnes ont été interrogées : des médecins (223), des psychiatres (180), des psychologues (139), des infirmiers (224) et des éducateurs (68).</p> <p>L'étude s'est intéressée à 8 régions d'Europe dont la Bulgarie, la Grèce, l'Italie, la Pologne, l'Ecosse, la Slovaquie, la Slovénie et l'Espagne. En Slovaquie et en Slovénie les données ont été récoltées dans tout le pays, en Grèce à Attica, en Espagne en Catalogne, en Ecosse à Dundee et à Tayside donc dans des régions plus larges et en Bulgarie à Sofia, en Italie à Rome et en Pologne à Varsovie donc dans des municipalités urbaines.</p> <p>Les personnes travaillant aux réceptions ou dans l'administratif ont été exclues de l'étude, car ils n'avaient pas de contact direct avec les patients et plusieurs questions du MCRS se réfère aux aspects des prestations de soins.</p> <p>Ces régions ont toutes des modèles de soins différents. Dans chacune de ces régions, il existe des services spécifiques pour soigner les patients souffrant de dépendance alcoolique et aux drogues sauf en Slovaquie, Espagne et au Royaume-Uni.</p>
Collecte des données et	Cinq régions ont utilisé un méthode d'échantillonnage aléatoire afin de recruter des services où des patients entraient ou sortaient et les trois régions restantes ont utilisé une méthode d'échantillonnage de commodité.

mesures	<p>L'échantillon de professionnels multidisciplinaires a été choisi durant toute l'étude. Chacun de ces professionnels a rempli l'échelle The Medical Condition Regard Scale (MCRS) pour juger leur façon de travailler avec des patients souffrant de problèmes d'alcool, patients souffrant de problèmes de drogues, patients dépressifs et des patients diabétiques.</p> <p>Le questionnaire est « The Medical Condition Regard Scale » qui permet de mesurer l'égard vis-à-vis des différents groupes de patients. Dans cette étude, ils ont essayé de trouver les facteurs associés aux conditions de travail avec des patients souffrant d'addiction dans ces régions.</p> <p>La MCRS est un outil court qui permet donc d'être utilisé dans une étude à grande échelle. Cet outil a d'abord été testé et validé sur des étudiants en médecine pour y refléter leurs préjugés, leurs émotions et leurs attentes vis-à-vis une population de soin cible. Il comporte 11 item fiables avec un coefficient alpha de 0.87 et une fiabilité test-retest de 0.84. Le minimum des scores s'élève à 11 ainsi que le maximum à 66. Les scores moyens ont été calculés en fonction de chaque item afin de pouvoir faire une moyenne lorsqu'il manquait environ 5 réponses.</p> <p>Comme cet outil n'a pas été validé par rapport à tous les groupes professionnels, les auteurs ont fait une analyse factorielle pour déterminer les dimensions qui pourraient être identifiées à travers les 11 questions. Trois facteurs sont ressortis en relation avec les patients souffrant d'addiction : les attitudes négatives, l'égard positif et une attitude neutre.</p> <p>Le sexe, la tranche d'âge, la profession, la place de travail, les années de travail dans la profession ont également été questionnés.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Dans 6 régions, les interviews ont été distribués et donc les professionnels ont rempli la MCRS de manière indépendante. Dans une région, la récolte a été faite par un interviewer et dans une dernière région, les deux méthodes ont été utilisées.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Tri des résultats en fonction du sexe des participants, de la profession et des durées de travail dans leur profession, des services d'admission et de la région concernée.</p> <p>Les statistiques ont été calculées à l'aide du logiciel SPSS version 12.01. Les taux de recrutement et les données démographiques du personnel ont été présentés dans des tableaux.</p> <p>Les scores totaux, les moyennes et les écart-types ont été calculés en fonction des 4 groupes de patients. Les T-tests et l'analyse de variance (ANOVA) avec des analyses Scheffé post-hoc ont été utilisés pour examiner les différences de conditions selon le sexe, l'âge, la durée de travail dans leur profession, le type de profession et les points d'entrée de traitement.</p> <p>Les différences de services d'admission ont été regroupés dans un tableau en fonction de l'égard à travailler avec des patients addictes à l'alcool ou aux drogues. Les différents facteurs des sujets ANOVA ont été utilisés</p>

	<p>pour déterminer l'indépendance de l'influence de chaque facteur de la MCRS par région en contrôlant l'indépendance des variables comme le sexe du personnel, de la profession, des années de travail, le service d'admission et de la région ainsi que pour contrôler l'échantillon inégal, des interactions entre le service d'admission et le professionnel concerné.</p> <p>Les participants italiens n'ont pas été retenus dans l'analyse ANOVA. Les analyses post-hoc ont été menées pour tous les modèles de soins des régions.</p>
Présentation des résultats	<p>Dans l'ensemble, le personnel a reporté un égard significativement plus faible vis-à-vis des patients addictes aux substances qu'avec des patients dépressifs et diabétiques. De plus, l'égard vis-à-vis des personnes consommant des drogues était plus faible que celui vis-à-vis des personnes consommant de l'alcool.</p> <p>Il n'y a pas de différence significative dans les scores du MCRS par rapport à l'âge, au sexe. Par contre, il y en avait selon la région, le lieu du début de traitement la profession pour les 4 types de patients. Différence significative pour la durée de la profession pour les patients souffrant de problèmes de drogues ainsi que les diabétiques.</p> <p>L'égard vis-à-vis des personnes consommant des drogues était clairement plus bas dans les régions qui ont rejoint l'union européenne récemment (Bulgarie, Pologne, Slovaquie et Slovénie) par rapport aux autres régions.</p> <p>Le personnel des services aigus avait moins d'égard vis-à-vis des personnes consommant des drogues que le personnel de psychiatrie générale ou de service d'addiction, la même chose pour l'égard vis-à-vis des personnes alcooliques. Par contre, le personnel spécialisé en addiction avait plus d'égard vis-à-vis des patients dépendants que le personnel de psychiatrie générale.</p> <p>Les psychologues sont ceux qui ont le plus d'égard vis-à-vis des personnes dépendantes. Les infirmières sont celles qui en ont le moins pour les alcooliques, tandis que ce sont les médecins qui en ont le moins pour les personnes consommant de la drogue.</p> <p>Les médecins de service spécialisé en addiction ont montré le meilleur taux d'intérêt que tous les autres groupes professionnels. De plus, au Royaume Uni, les médecins travaillant dans des services spécialisés en addiction ont un très grand égard vis-à-vis des patients alcooliques (49.71 versus 40.66, <math>p=0.006</math>) et des patients dépendant aux drogues (53.25 versus 35.07, <math>p&lt;0.001</math>) (p.1118).</p> <p>Le personnel ayant moins de 10 ans d'année de travail a eu le plus d'égard vis-à-vis des patients consommant des drogues et les diabétiques.</p> <p>Le seul facteur associé avec l'égard porté aux patients dépendants était le lieu du service d'admission en Grèce, Pologne et en Slovaquie.</p> <p>Le service d'admission, la région, la profession et l'interaction entre la profession et le service d'entrée sont</p>

<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>significatifs dans le modèle traitant de l'égard à travailler avec des patients dépressifs. La région, la profession et les durées de travail sont significatives dans le modèle traitant de l'égard à travailler avec des patients diabétiques.</p> <p>Par rapport au personnel infirmier, ils ont un égard faible, certainement du au fait qu'ils travaillent en général en soins aigus ou qu'ils ont un passé d'infirmiers en soins généraux. Ils ont alors moins d'expérience avec ce type de patients.</p> <p>Un meilleur taux est perçu lorsque les professionnels ont moins de 10 ans d'expérience, ceci proviendrait d'une différence d'âge. Pour les plus jeunes, ces troubles seraient plus acceptables socialement. Ces attitudes peuvent également dépendre de la culture spécifique de la relation du personnel au patient, de la normalisation des addictions de drogues dans le pays et de la perception sociale de ces différentes conditions.</p> <p>Les personnes travaillant dans des services d'addiction ont de meilleures attitudes, certainement à cause du fait qu'elles ont été formées par rapport à cette problématique et qu'elles ont personnellement choisi de travailler avec cette population.</p>
	<p>Cette étude est la première étude européenne qui évalue et compare l'égard du personnel à travailler avec les patients dépendants plutôt qu'avec d'autres patients.</p> <p>L'étude montre que l'égard à travailler avec des patients dépendants, spécifiquement aux drogues était plus faible que celui vis-à-vis des patients diabétiques et dépressifs. Cette constatation est cohérente dans les 8 pays et spécialement évidente dans les services aigus, où le personnel a le moins d'égard par rapport aux dépendants.</p> <p>Les causes de ce faible égard vis-à-vis de cette population de la part des médecins généralistes pourraient provenir des rechutes des patients dépendants malgré le traitement, d'un manque de connaissances pour détecter et traiter les troubles de l'addiction et du manque de temps pour traiter les deux problèmes en même temps.</p> <p>Il ressort d'autres études que les professionnels trouvent qu'il n'est pas approprié de soigner des personnes addictes dans des services de soins généraux. Des établissements travaillant en collaboration avec des services spécialisés ont des attitudes plus positives avec cette population.</p> <p>Un autre élément influençant peut venir de l'habitude de soigner ces gens, le personnel les comprend alors mieux. Ceci influence également leurs attitudes.</p>
	<p>Les attitudes négatives peuvent découler de la politique visant les consommations de substances et provoquent un impact négatif sur l'accès au traitement et son efficacité. Il serait donc nécessaire de trouver des méthodes pour diminuer ces attitudes surtout dans les soins généraux et d'améliorer la qualité des prestations de soins. A savoir que les soins généraux sont la première porte d'entrée de ces patients en milieu hospitalier.</p>

Perspectives futures	<p>Ils dépendent ensuite souvent d'un médecin généraliste qui les enverra vers un service spécialisé en addiction. Certaines études prouvent que ces attitudes peuvent être améliorées par un entraînement, sauf que celui-ci n'améliore pas l'investissement ou les attitudes thérapeutiques. Anderson et al. trouvent que l'entraînement apporte une amélioration seulement pour les médecins généralistes qui étaient déjà au préalable adéquats et motivés à travailler avec ce type de patients par rapport au screening et aux interventions brèves. Skinner et al. prouvent que les infirmières qui pensent que ces patients sont moins dignes des soins médicaux rapportent une plus grande volonté d'accepter des soins de qualités inférieurs en insistant sur la dimension affective et le caractère méritoire de suivre un traitement. Par contre, l'éducation et la formation en incluant des expériences d'apprentissage et un traitement cognitif profond seraient plus à même pour développer des attitudes positives pour le travail avec les toxicomanes.</p> <p>Malgré tout, la culture et les ressources institutionnelles ont une grande influence sur ces comportements. Il faudrait qu'il y ait davantage d'approches systématiques, d'encourager la formation de services spécialisés en soins primaires, une marge financière ainsi qu'une meilleure collaboration avec les soins spécialisés en addiction.</p> <p>Une étude récente a relevé que ces attitudes peuvent dépendre de la culture et que les interventions en vue d'amélioration dépendent du niveau de formation des professionnels. La culture organisationnelle doit prendre en compte l'éducation, la formation, l'égard individuel, l'équipe, l'organisation et le système. L'encouragement des proches, des collègues, de la politique organisationnelle et des procédures améliorent le support pour travailler avec les toxicomanes, ainsi que la volonté et la capacité du personnel à travailler avec ce type de patients.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>Ce serait bien qu'une autre étude se fasse sur d'autres régions sélectionnées selon le modèle de soin utilisé pour confirmer les résultats de cette recherche et pour examiner l'influence de la culture et du système sur ce sujet. Des études devraient également prendre en compte des attitudes en fonction du personnel et du modèle de soin. Il serait également bien que d'autres études avec MCRS soient effectuées sur d'autres professionnels.</p> <p>Toutes les catégories principales sont mises en évidence et elles sont souvent classées en chapitre portant un titre distinctif résumant le sujet abordé.</p>

Evaluation globale	<p>L'étude a beaucoup de limites. Le choix de l'échantillon réduit la généralisation des résultats. La comparaison des résultats dépend également des régions interrogées. Le design de cette étude est déséquilibré. Les échantillons de chaque profession ne sont pas équilibrés ce qui influence la validité des statistiques.</p> <p>L'échelle MCRS a été testée sur des étudiants en médecine et sur des infirmières. Sa validité sur les autres professions n'a pas encore été validée. De plus, certains professionnels n'avaient pas forcément déjà travaillé avec tous les types de patients et ne pouvaient donc pas répondre à toutes les questions.</p> <p>Par contre, la grandeur de l'échantillon apporte de la valeur à cette étude</p>
--------------------	--

**Article F :**

Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche quantitative

**Article :** Amaral-Sabadini, M. B., Saitz, R. & Souza-Formigoni, M.-L. O. (2010). Do attitudes about unhealthy alcohol and other drug (AOD) use impact primary care professionals' readiness to implement AOD- related preventive care ? *Drug and Alcohol Review*, 29, 655-661. doi : 10.1111/j.1465-3362.2010.00222.x

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Le titre indique clairement quel sujet l'article aborde en faisant ressortir les thèmes principaux qui sont l'attitude, la consommation d'alcool ou d'autres drogues, l'impact et la mise en place de soins préventifs de la part des soignants.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			L'impact de l'attitude des soignants sur la mise en place de pratiques cliniques préventives.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			Bon résumé des études déjà faites en lien avec la thématique de cet article
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Concept d'attitude utilisé pour expliquer le comportement des soignants face aux personnes souffrant de consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues. La théorie attributionnelle de la motivation selon Weiner permet d'évaluer l'impact d'événements extérieurs sur la pensée et l'impression de l'individu (analyse intrapersonnelle) ainsi que d'analyser ces

					pensées et impressions (analyse interpersonnelle ).
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			Question de recherche clairement formulée comme une hypothèse : L'attitude négative du personnel soignant envers les personnes souffrant d'addiction à l'alcool et à d'autres drogues influencerait la mise en place de pratiques de préventions cliniques pour ce type de patients.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			L'article s'appuie et fait des liens avec des études menées auparavant.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Enquête transversale. La question de recherche : l'attitude négative du personnel soignant envers les personnes souffrant d'addiction à l'alcool et à d'autres drogues influencerait la mise en place de pratiques de préventions cliniques pour ce type de patients.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			Explicatif de qui a été choisis, comment ils ont été choisis et où ils ont été choisis. Données sociodémographiques détaillées sur l'échantillon retenu.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			Échantillon relativement petit mais suffisant.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			3 instruments différents validés : - Questionnaire avec plusieurs options de réponses (élaboré par les auteurs) comprenant des données sociodémographiques, les pratiques de prévention cliniques, les croyances, la satisfaction de travailler avec des personnes souffrant de dépendances à l'alcool ou à



					<p>d'autres drogues ainsi que la disponibilité à mettre en place des interventions préventives aux patients susmentionnés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attribution Questionnaire Short Form (AAQ), version adaptée pour les professionnels de la santé permettant de mesurer la stigmatisation</li> <li>- L'instrument ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) a été utilisé afin d'évaluer la consommation d'alcools, cigarettes et autres substances chez les professionnels de la santé interrogés</li> </ul>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			<p>Le test de Pearson a été appliqué afin d'évaluer le lien entre les variables indépendantes catégorielles et la disponibilité à mettre en place des pratiques cliniques de prévention.</p> <p>Le modèle de régression logistique a été utilisé afin de mesurer le lien entre la satisfaction à travailler avec les patients ciblés dans cette étude et la disponibilité à mettre en place des soins de préventions pour ce type de patients.</p> <p>Analyse non paramétrique utilisée afin de comparer l'opinion des personnes sur chaque situation de soins.</p> <p>Le « Multiple Correspondance Analysis » (MCA) a permis de faire des associations entre les vignettes de l'« Attribution Questionnaire Short Form » et la disponibilité à mettre en place des pratiques de préventions clinique pour les patients cibles de cette étude</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures</p>	x			<p>La procédure est décrite et validées par le comité d'éthique de l'Université Fédérale de São Paulo</p>

	appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Le Test de Pearson, le Modèle de Régression Logistique, le Test non paramétrique et le Multiple Correspondance Analysis ont permis de faire ressortir des statistiques et de répondre à l'hypothèse posée.
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			2 tableaux et 2 graphiques présentés.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Lien fait dans la discussion avec les études précédentes ainsi que le concept d'attitude et la théorie de Weiner exposée.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Selon les auteurs, cette étude est applicable dans d'autres contextes que ce soit des pays en voie de développement ou non.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Les causes d'une attitude négative ne peuvent pas être déterminées à partir d'une enquête transversale. Pas d'observation ou de situations réelles exposées, utilisation de vignettes et de situations hypothétiques qui ne reflètent peut-être pas forcément objectivement comment le personnel soignant se serait senti ou aurait réagi dans telles ou telles situations. Résultats peut-être « positivement » biaisés par la désirabilité sociale et le mode de sélection. Cependant les biais sont limités, car les résultats de cette étude concordent avec d'autres études faites auprès des professionnels de la santé

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Ils parlent de l'importance qu'une approche multidimensionnelle apporterait sur la qualité des soins et de la prise en charge du type de patients ciblés ainsi que de la nécessité à continuer des recherches dans ce domaine.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Article bien structuré, aéré et détaillé, répondant à tous les critères d'un article quantitatif.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Elle donne des outils et des pistes de solutions afin de diminuer les attitudes négatives des professionnels de la santé, et de ce fait du personnel infirmier aussi, envers les personnes ayant une consommation d'alcool ou d'autres drogues.

**Article F :**

Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Amaral-Sabadini, M. B., Saitz, R. & Souza-Formigoni, M.-L. O. (2010). Do attitudes about unhealthy alcohol and other drug (AOD) use impact primary care professionals' readiness to implement AOD- related preventive care ? <i>Drug and Alcohol Review</i> , 29, 655-661. doi : 10.1111/j.1465-3362.2010.00222.x
Résumé	<p>L'article étudie l'impact de l'attitude du personnel soignant sur les pratiques de prévention, envers les personnes souffrant de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues. À travers un questionnaire, 96 professionnels de la santé (médecins, infirmiers et travailleurs de la santé communautaires) de différents centres de soins du Brésil ont été évalués par rapport à leur satisfaction et leur disponibilité professionnelle ainsi que sur leurs attitudes stigmatisantes et l'impact de celles-ci sur leur disponibilité.</p> <p>Cette revue démontre que les personnes ayant des attitudes stigmatisantes par rapport aux patients souffrant des dépendances susmentionnées sont aussi celles qui présentent le moins d'empressement à mettre en place des soins préventifs.</p> <p>L'hypothèse selon laquelle une attitude négative du personnel soignant envers les personnes souffrant d'addiction à l'alcool et à d'autres drogues influencerait la mise en place de pratiques de préventions cliniques pour ce type de patients est attestée.</p>
Introduction Enoncé du problème	À travers la recherche effectuée, cet article évalue si l'attitude des professionnels de la santé à l'encontre de personnes souffrant de dépendance peut avoir un impact sur la mise en place des pratiques de préventions cliniques.
Recension des écrits	<p>La consommation d'alcool ou de drogues est perçue comme positive ou négative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'alcool est associé à des activités prestigieuses et à un statut social.</li> <li>- L'utilisation de substance illégale et la consommation abusive déclenchent de la stigmatisation, de la marginalisation et des réactions négatives.</li> </ul> <p>La stigmatisation est définie comme une cooccurrence de l'étiquetage, stéréotype, séparation, perte du statut et discrimination. La théorie de l'attribution (Weiner) permet de percevoir les causes de la stigmatisation. En lien avec cette théorie, l'attribution des responsabilités détermine les réactions affectives envers les personnes stigmatisées, les attentes en lien avec cette personne ainsi que la variété des réponses comportementales.</p>

	<p>Les attitudes négatives du personnel soignant envers les personnes souffrant de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues a déjà été invoqué comme une barrière importante à l'implantation de pratiques cliniques préventives.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains professionnels considèrent que les problèmes en lien avec cette problématique de santé sont des problématiques difficiles à aborder.</li> <li>- Beaucoup expriment que c'est un manque d'aptitudes, de compétences, de confiance et de satisfaction qui ne leur permettent pas d'identifier et de gérer ces problèmes.</li> </ul> <p>La consommation d'alcool et de drogues est le comportement le plus négativement jugé chez le personnel soignant.</p> <p>La prévention et la promotion de la santé ont déjà été mises en place dans beaucoup d'établissements de soins primaires afin de diminuer la stigmatisation et améliorer les attitudes et les soins. Cependant, peu d'études ont examiné le lien entre l'attitude des professionnels de la santé envers les patients souffrant de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues et la pratique clinique professionnel.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Concept d'attitude défini en 3 axes : cognitif, affectif et comportemental.
Hypothèses	L'attitude négative du personnel soignant envers les personnes souffrant d'addiction à l'alcool et à d'autres drogues influencerait la mise en place de pratiques de préventions cliniques pour ce type de patient
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Revue transversale quantitative.
Population et contexte	<p>160 professionnels de la santé ont été invité à participer à cette étude avec un taux de réponse de 60% = 96 personnes dont médecins, infirmières (31%), infirmières-assistantes (19%) et autres travailleurs de la santé communautaire (50%)</p> <p>87% des personnes interrogées sont des femmes, 60% sont célibataires, la moyenne d'âge est de 40.6 ans, 49% sont catholiques, 25% protestants et 24% d'une autre ou sans confession.</p> <p>L'étude s'est déroulée dans 5 centres de soins de 5 régions différentes du Brésil.</p>
Collecte des données et mesures	<p>L'étude se faisait en 3 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire avec plusieurs options de réponses (élaboré par les auteurs) comprenant des données sociodémographiques, les pratiques de prévention cliniques, les croyances, la satisfaction de travailler avec des personnes souffrant de dépendances à l'alcool ou à d'autres drogues ainsi que la disponibilité à mettre en place des interventions préventives aux patients susmentionnés.</li> </ul>

	<p>La disponibilité a été analysée en 2 points : pour l'alcool et pour la drogue.</p> <p>La disponibilité, les croyances et la satisfaction ont été évaluées à l'aide d'une échelle (Likert scale) allant de 1 à 5, 1= pas du tout disponible, 5= tout à fait disponible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attribution Questionnaire Short Form (AAQ), version adaptée pour les professionnels de la santé permettant de mesurer la stigmatisation. Les personnes interrogées ont reçues 8 vignettes (consommation d'alcool à risque, abus d'alcool, dépendance à l'alcool, dépendance à (aux) drogue(s), hypertension, dépression, schizophrénie et HIV)</li> </ul> <p>Les participants à l'étude ont dû classer ces 8 vignettes de 1 (pas du tout) à 9 (absolument/ beaucoup) et ensuite noter 9 autres éléments de la même façon: pitié pour le patient, dangerosité du patient, peur du patient, patient blâmé, ségrégation, colère, probabilité que le professionnel va aider le patient, évitement et contrôle (combien les patients ont un contrôle sur les solutions de leurs problèmes). L'élément « aide » était un code inversé.</p> <p>Une dernière question était ajoutée afin d'évaluer l'opinion des professionnels de la santé sur chaque état de santé des 8 vignettes reçues, 1= très mauvaise santé – 10= très bonne santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'instrument ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) a été utilisé afin d'évaluer la consommation d'alcool, de cigarettes et d'autres substances chez les professionnels de la santé interrogés. Les réponses étaient catégorisées en « peu de risque/ pas de consommation », « risque modéré » et « risque élevé »</li> </ul> <p>Le test de Pearson a été appliqué afin d'évaluer le lien entre les variables indépendantes catégorielles et la disponibilité à mettre en place des pratiques cliniques de prévention.</p> <p>Le modèle de régression logistique a été utilisé afin de mesurer le lien entre la satisfaction à travailler avec les patients ciblés dans cette étude et la disponibilité à mettre en place des soins de prévention pour ce type de patients.</p> <p>Analyse non paramétrique utilisée afin de comparer l'opinion des personnes sur chaque situation de soins.</p> <p>Le « Multiple Correspondance Analysis » (MCA) a permis de faire des associations entre les vignettes de l'« Attribution Questionnaire Short Form » et la disponibilité à mettre en place des pratiques de préventions clinique pour les patients cibles de cette étude</p>
Déroulement de l'étude	<p>Tout d'abord l'étude a été présentée aux différents responsables d'unité. Ceux-ci ont sollicité leur équipe afin de prendre part à l'étude. Les professionnels de la santé intéressés ont été informés de l'objectif de l'étude et informés de l'anonymat des données avant de signer un consentement éclairé et informés du déroulement de l'étude.</p> <p>Le questionnaire a été transmis par enveloppe et rendu aux chercheurs lorsque remplis ou à leur service</p>

	respectif.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Cinquante-six pourcents des professionnels de la santé mettent en place des pratiques préventives générales, seulement 25% de ceux-ci font une prévention ciblée sur l'utilisation d'alcool ou de drogues. Cinquante-trois pourcents des professionnels ne se sentent pas la capacité de faire de la clinique préventive. Malgré ce chiffre, la majorité des personnes interrogées expriment une opinion positive à travailler avec les patients ciblés de cette étude. Cependant, 60% d'entre eux ne pensent pas avoir la formation suffisante ou adéquate pour le faire. Soixante-huit pourcents pensent que l'identification systématique des personnes souffrant de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues dans leur pratique clinique journalière, augmenterait leur charge de travail.</p> <p>Aucune association significative n'a été faite entre la consommation d'alcool ou de tabac chez le personnel soignant et la disponibilité à mettre en place des pratiques cliniques préventives.</p> <p>Une association significative a été établie entre la disponibilité à mettre en place des soins préventifs ciblés une meilleure satisfaction à travailler avec les patients cibles de cette étude.</p> <p>Aucune différence significative n'a été faite entre les différentes catégories des professionnels de la santé (médecins/infirmiers, aides infirmières et travailleurs de la santé communautaire) la disponibilité à implanter des soins préventifs aux patients cibles.</p> <p>Les professionnels de la santé ont estimé que les plus mauvaises conditions de santé sont celles en lien avec des dépendances à des drogues, à l'alcool et à l'abus d'alcool, comparativement avec les autres conditions de santé analysées.</p> <p>Le MCA a permis de ressortir 2 groupes distincts</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les professionnels se sentant aptes à effectuer des interventions de préventions aux patients type de cette étude</li> <li>2) Les professionnels ne se sentant pas aptes</li> </ol> <p>De ces 2 points, 2 modèles d'associations sont apparus entre les attitudes analysés dans le AAQ et la disponibilité :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Les professionnels prêts à mettre en place des interventions ceux aussi ceux qui ont attribué le plus bas niveau de dangerosité de blâme et de ségrégation.</li> <li>b) Les professionnels du groupe 2) sont aussi ceux qui ont attribué le plus haut risque de dangerosité, de blâme, de contrôle et de ségrégation.</li> </ol>
Présentation des résultats	<p>Les résultats de cette étude démontrent que l'attitude du professionnel de la santé influence sa pratique clinique, c'est-à-dire dans ce cas précis, les attitudes stigmatisantes sont associées avec le peu d'empressement/ de disponibilité à mettre en place des soins préventifs adaptés aux personnes souffrant de dépendances à l'alcool ou à la drogue.</p>

	<p>Les attitudes négatives entraînent aussi les réactions affectives négatives (blâme, contrôle,...) attestant ainsi la théorie de l'attribution de Weiner et confirmant les résultats des autres recherches.</p> <p>Cette étude démontre aussi que la satisfaction à travailler avec les patients cibles de cette étude est plus en lien avec la responsabilité professionnelle qu'avec des intérêts professionnels, comme le suggérait une recherche précédente. Le statut illégal de ces substances a aussi un impact sur la responsabilité du rôle perçu par les soignants et leurs attitudes et satisfactions, celui-ci renforçant les stéréotypes de dangerosité, suscitant des préoccupations par rapport à la sécurité des professionnels de la santé et amenant de la discrimination envers ce type de patient et une mauvaise qualité des soins.</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>L'hypothèse formulée au départ est attestée : l'attitude négative du personnel soignant envers les personnes souffrant d'addiction à l'alcool et à d'autres drogues a un impact sur la mise en place de pratiques de préventions cliniques pour ce type de patients.</p> <p>Les associations faites démontrent que la qualité de la relation entre le professionnel soignant et le patient ainsi que la qualité des soins sont influencées par la perception du personnel soignant sur le patient souffrant de dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues.</p> <p>Ces résultats s'appliquent à d'autres contextes de soins avec des professionnels de la santé et aussi bien dans les pays en voie de développement que ceux développés.</p> <p>Les interventions ciblant les professionnels de la santé, développant des attitudes positives et des pratiques de qualité envers les personnes présentant une consommation d'alcool ou d'autres drogues doivent aller au-delà de l'individu. La formation et l'éducation sont des stratégies qui peuvent être nécessaires, mais pas suffisantes pour changer les attitudes et les pratiques des professionnels de la santé.</p> <p>Une approche multidimensionnelle comprenant l'éducation, la formation, des guides de pratique, des approches systémiques, des changements au niveau de la politique et une attention aux normes sociales devraient améliorer l'attitude du personnel soignant et avoir un impact important sur les soins des patients ciblés dans cette étude.</p> <p>Evidemment que ces approches doivent être adaptées aux conditions et aux circonstances locales.</p>
Perspectives futures	Afin d'améliorer les soins des patients ayant une consommation d'alcool ou d'autres drogues, des études et des efforts dans ce domaine doivent être poursuivis.
<b>Questions générales</b> Présentation	Bonne présentation de l'article.



Evaluation globale	Cette étude permet de démontrer l'impact de l'attitude du professionnel sur la prise en soins. Elle donne aussi des pistes de solutions afin d'éviter ces comportements négatifs. Pas d'observation ou de situations réelles exposées, donc réponses pas forcément objectives.
--------------------	---

**Article G :**

Grille de lecture critique d'un article scientifique  
Approche qualitative

**Article :** Peckover, S., & Chidlaw, R. G. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community*, 15(3), 238–245. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00683

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Eléments ressortis : soins, peur, infirmiers aux soins à domicile, patient souffrant de dépendances.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	x			Oui, défini et argumenté à l'aide des revues antérieures.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	x			L'article se réfère à beaucoup d'autres articles antérieurs afin d'argumenter les raisons de la thématique de la recherche choisie. Entre autres, des articles parlant de marginalisation des personnes souffrant d'addiction à des substances ainsi que la discrimination, toujours présente, à laquelle ils doivent faire face vis-à-vis du personnel soignant.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			x	Les éléments qui ressortent sont l'attitude et la compréhension des soignants face aux patients souffrant de dépendances à des substances. Cependant ces éléments ne sont pas mis en évidence comme des concepts ou des bases

					théoriques.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			x	La question de recherche n'est pas clairement formulée dans cette étude.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	x			Le thème abordé et les objectifs sont clairs et découlent de recherches antérieures.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			x	Etude qualitative exploratoire basée sur des entretiens semi-structurés. Le temps passé sur le terrain n'est pas spécifié, seulement l'année à laquelle l'étude s'est déroulée est précisée
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	x			18 infirmiers/ infirmières diplômés de 2 centres de soins à domicile dans le Nord de l'Angleterre. Ces 2 sites ont été choisis, car ils fournissent des soins à une population multiculturelle urbaine marquée par un désavantage social très prononcé.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		x		Pas de données présentes dans l'étude
<b>Aspects du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Les données ont été recueillies à l'aide d'un entretien semi-structuré qui évaluait différentes thématiques clés des soins à domicile.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	x			L'outil de collecte de données est en adéquation avec le thème abordé, car il favorise la libre expression des personnes interrogées en évitant de « l'enfermer » dans des thématiques trop restreintes.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Les chercheurs ont rencontré les personnes interrogées, ceux-ci ont expliqué le déroulement ainsi que l'objectif de l'étude. Puis, ils ont envoyé une fiche explicative et fait signer un consentement aux participants. Les données ont été codifiées. L'étude a reçu approbation de l'« Ethics and National Health Service research governance ».
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	x			Le déroulement ainsi que les résultats de l'étude sont détaillés. L'article donne des pistes de solutions afin de promouvoir des soins de qualité et équitables à la population ciblée, c'est-à-dire les personnes souffrant d'addiction à des drogues et bénéficiaires des soins à domicile. Ces pistes de solutions sont transférables dans toutes autres unités de soins non-spécialisées dans le traitement des addictions.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	x			L'analyse des données a été menée par les 2 chercheurs à l'aide de différentes approches. Les données étaient textuelles, mais aussi interprétées. Les descriptions pratiques ainsi que les cas explicités ont été utilisés afin d'expliquer et de comparer les données reçues. Ce processus de comparaison a permis aux chercheurs de tester la compréhension émergente, par exemple, en recherchant de situations difficiles stimulant l'interprétation émergente et la recherche d'explications alternatives. Ce processus permet de renforcer la rigueur de l'analyse.
Présentation	-Les résultats sont-ils présentés de	x			Données reçues retranscrites telles quel dans

des résultats	manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				l'article, sans avoir été modifiées.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Les résultats présentés sont comparés et analysés avec des recherches et des résultats antérieurs. Les résultats sont en lien avec la thématique abordés et argumentés au début de l'étude
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			x	Pas de généralisation, les chercheurs ciblent leurs conclusions sur les unités de soins à domicile. Pas d'ouvertures faites sur d'autres unités de soins.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			L'étude s'est focalisée sur le personnel infirmier, leur compréhension et leurs pratiques et non pas sur l'abus de substances même. Ces données manquent de détails sur les connaissances spécifiques des interrogées et leurs expériences en relation avec la problématique de l'abus de substance. Cette lacune devrait être analysée dans de prochaines recherches De plus, cette étude s'est portée sur un petit échantillon d'infirmiers qualifiés dans une unité bien déterminée. Bien que cela fût approprié pour cette recherche, il y a des limitations autant par la taille que par la diversité de l'échantillon.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?		x		Les chercheurs ne parlent pas en termes de conséquences mais suggèrent des thématiques pour de prochaines études afin de mieux cerner la problématique des soins et de l'attitude du personnel soignant envers les personnes souffrant de dépendances à des substances.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non*	Peu clair*	*Commentaires
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Article répondant à tous les critères d'une revue qualitative et permettait une analyse précise des données retranscrites.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			L'étude met en avant des pistes de solutions permettant d'améliorer la qualité et l'équité de la prise en charge infirmière de personnes souffrant de dépendance à des substances. Elle invite fortement les différents services à proposer des programmes et une éducation afin de sensibiliser les soignants à cette problématique et leur donner des outils de travail et de compréhension.

**Article G :**

Grille de lecture d'un article scientifique  
Approche qualitative

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Peckover, S., & Chidlaw, R. G. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. <i>Health and Social Care in the Community</i> , 15(3), 238–245. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00683
<b>Résumé</b>	<p>Malgré le développement de services spécialisés dans le domaine de la dépendance en Angleterre la consommation de substances addictives reste toujours marginalisée dans les centres de soins de santé générale. Beaucoup de professionnels de la santé restent mal préparés pour travailler avec ce type de patient. Cette étude a été menée auprès de 18 infirmiers travaillant dans les soins à domicile afin d'explorer quels sont leur compréhension et leurs pratiques concernant les questions de discrimination et d'inégalités avec ce type de patients dans ce milieu de soins. Les prestations offertes aux patients souffrant de dépendance sont influencées par les notions de préjudice et de risque, donnant ainsi aux infirmiers un statut de « vulnérabilité » servant à justifier la pauvre qualité de la prestation de leurs soins.</p> <p>De nombreux participants ont reconnu leurs connaissances et leur expérience limitée dans la prise en soins de ce type de patients. Il existe un besoin urgent de développer la pratique des professionnels de la santé afin de garantir que les soins soient faits de façon sûre et équitable.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	<p>Actuellement, il n'existe pas de littérature analysant spécifiquement les relations entre les infirmiers aux soins à domicile et les patients souffrant de dépendance à une ou plusieurs drogues. Bien que les services spécialisés se soient multipliés, les services non-spécialisés qui ont affaire à ce type de patients restent démunis et les marginalisent souvent. La manière dont les patients souffrant d'addiction sont perçus par la population et montrés par les médias, contribuent fortement à cette marginalisation. La consommation de drogues est perçue et acceptée comme un problème de santé publique, cependant, il est difficile de définir l'étendue du problème du au caractère illicite de la prise de drogue.</p> <p>Plusieurs publications ont démontré qu'en plus d'offrir des soins, le personnel infirmier devrait aussi inclure dans ses compétences les concepts d'advocacy, de leadership, de promotion de la santé ainsi que la disponibilité. Cela pourrait assurer des soins équitables et efficaces pour ce groupe de patients. Toutefois, l'éducation et l'entraînement des infirmiers doit également être développés dans ce sens. En effet, l'abus de substance est</p>

	<p>marginalisé dès l'anamnèse et dans le dossier du patient.</p> <p>Cet article se focalise sur le service de soins à domicile britannique qui joue un rôle clé dans l'offre en soin de base.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les personnes souffrant de dépendance à une /des drogues sont souvent confrontées à la difficulté d'accès à des services de soins adaptés. Malgré leur besoin complexe sur le plan de la santé et social, cette situation augmente leur vulnérabilité. Beaucoup d'entre eux font face à des préjudices et de la discrimination de la part des soignants.</li> <li>- La marginalisation des patients souffrant d'addiction à des substances reste très présente dans les centres de soins non-spécialisés.</li> <li>- Le caractère illicite de beaucoup de drogues, les termes employés pour en parler ainsi que les liens faits par les médias entre les problèmes de drogues et la criminalité contribuent à maintenir l'image négative de ces personnes.</li> <li>- La consommation de drogues est aujourd'hui un problème de santé publique, dont il est difficile d'évaluer l'étendue notamment à cause de la nature illicite de ces substances et la prise en charge fragmentée de patients.</li> <li>- Afin de diminuer la marginalisation dans les services de soins, le personnel infirmier, en plus de fournir des soins devrait développer leur compétence d'advocacy, de promoteur de la santé, de conseiller ainsi que de leader.</li> <li>- Il a été établi qu'il existe des inégalités organisationnelles et professionnelles entre les hôpitaux et les services de soins à domicile, notamment en lien avec l'accent mis sur la prise en charge individualisée. Des recherches ont déjà signalés comment les préjugés personnels impactent et influencent la pratique professionnelle ainsi que les difficultés des soignants à faire face et à gérer au quotidien des telles situations de soins.</li> </ul>
Cadre théorique ou conceptuel	Compréhension et attitudes des infirmiers face à des patients souffrant de dépendance aux drogues.
Question de recherche	Quelle est la compréhension et la pratique du personnel infirmier qualifié par rapport aux problématiques de discriminations et d'inégalités dans les prestations de soins chez les personnes souffrant de dépendance à une/des drogues?
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de	Etude qualitative exploratoire



recherche	
Population et contexte	18 infirmiers/ infirmières diplômés de 2 centres de soins à domicile dans le Nord de l'Angleterre. Ces 2 sites ont été choisis, car ils fournissent des soins à une population multiculturelle urbaine marquée par un désavantage social très prononcé.
Collecte des données et mesures	<p>Les données ont été recueillies à l'aide d'un entretien semi-structuré qui évaluait différentes thématiques clés des soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La compréhension et les situations négatives vécues des infirmiers lors des soins chez les patients ciblés de cette étude.</li> <li>- Le rôle de l'infirmier aux soins à domicile en termes de prestations de soins et dans la répartition des ressources.</li> <li>- Leur point de vue au sujet d'influencer l'orientation stratégique de leur organisation en matière de lutte contre les problèmes d'inégalité et de discrimination dans les communautés où ils travaillent.</li> </ul> <p>Avant chaque entretien, l'objectif de cette étude a été expliqué. Une fiche de consentement a été signée. Tous les échanges ont été enregistrés et retranscrits. Afin d'anonymiser les résultats, les données ont été codées en fonction en DN + un chiffre (exemple : DN1).</p>
Déroulement de l'étude	<p>22 infirmiers des 2 sites ont été invités à participer à l'étude. Chacun d'entre eux a reçu une fiche descriptive et de plus amples détails sur l'étude. Les chercheurs ont aussi assisté à un colloque d'équipe afin de discuter avec eux. Au total, 18 infirmiers ont participé à l'étude. Chacun d'entre eux a été avisé de l'objectif de l'étude et a signé un formulaire de consentement. Pendant toute la durée de l'étude, les auteurs ont enseigné aux futurs ou étudiants infirmiers sortants des pratiques antidiscriminatoires.</p> <p>Les chercheurs ont relevés un haut degré de consensus entre les réponses et les 2 sites.</p>
Rigueur	<p>Crédibilité : les descriptions des phénomènes vécues par les participants sont complètes, les auteurs utilisent aussi des explications et font un débriefing à la fin de l'article.</p> <p>Transférabilité : Les conclusions de l'étude sont misent en lien avec d'autres études préalablement faites, des comparaisons sont faites.</p> <p>Fiabilité : Première recherche faite sur le personnel soignant dans les cadres de soins à domicile.</p> <p>Confirmabilité : Les données ainsi que les interprétations sont analysés de façon objective.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	L'analyse des données a été menée par les 2 chercheurs à l'aide de différentes approches. Les données étaient textuelles mais aussi interprétées. Les descriptions pratiques ainsi que les cas explicités ont été utilisés afin d'expliquer et de comparer les données reçues. Ce processus de comparaison a permis aux chercheurs de tester la compréhension émergente en, par exemple, recherchant des cas négatifs stimulant l'interprétation émergente et la recherche d'explications alternatives. Ce processus permet de renforcer la rigueur de l'analyse.

	<p>Tout au long de l'étude, le contexte de l'entretien a été pris en compte, donnant la possibilité aux chercheurs de développer des interprétations sur la façon dont les infirmiers construisent des significations dans leurs récits. Les résultats se concentrent sur la construction discursive des clients et des soignants, et la façon dont cela est implanté au sein de la pratique quotidienne.</p>
Présentation des résultats	<p>Les récits des infirmiers par rapport à des situations de soins avec des patients souffrant de dépendance, sont fortement entrelacés avec les notions de « préjugées » et de « stigmatisation » en décrivant des aspects de leur travail, la prestation de service des autres ainsi que la perception des consommateurs par la société.</p> <p>Le refus de certains médecins de participer à l'initiative de prescription (= projet en faveur de centre de substitution) démontre que ces patients reçoivent des soins de moins bonne qualité.</p> <p>Le style de vie et la perception que l'état de santé des patients ciblés est le résultat de leur propre action expliquent pourquoi les patients sont confrontés à de la discrimination lorsqu'ils ont accès à d'autres services de soins.</p> <p>Tous les infirmiers interrogés fondent leurs discours sur le « risque » et non sur le « besoin ». L'agressivité des patients est aussi mise en avant. Les participants à la recherche pensent que cela est le résultat d'une dépendance à des drogues et que cela constitue un risque pour le prestataire de soins, au lieu de considérer la dépendance aux drogues comme problématique ou nuisible pour le client. Penser que le patient est agressif et que la situation est considérée comme risquée, sert comme mécanisme d'explication des pratiques avec les clients abusant de substances ainsi qu'empêche la remise en question. Les discours de « risque » et de « vulnérabilité » sont utilisés afin d'expliquer les prestations de soins de moins bonnes qualités et très brèves prodiguées à ces patients. L'accent mis sur « job fait » contraste avec les termes de soins et de communication adéquate qui devraient être mis en avant. Le résultat est que les aspects émotionnels, physiques et sociaux du patient ne sont pas considérés. Cela suggère que pour de nombreux soignants, la stigmatisation de la dépendance à la drogue discrimine et déshumanise le patient. Ceux-ci ne s'engagent pas professionnellement et ne considère pas le patient comme une personne.</p> <p>Les infirmiers reconnaissent un manque de connaissances et reconnaissent qu'une formation continue serait bénéfique afin de mieux prendre en charge ce groupe de population. Cette formation permettrait aussi aux prestataires de soins de se sentir plus en sécurité et en confiance dans leurs pratiques.</p> <p>Cette étude démontre que les infirmiers des soins à domicile sont mal-préparés pour travailler avec ce type de patients. Les préjugés et les stéréotypes influencent leurs représentations de ces patients qu'ils considèrent comme dangereux. Cette représentation influence leur façon de travailler, c'est-à-dire diminue leur temps de passage chez ce type de patients, visite à deux,... Le fait de ne pas être des spécialistes est aussi utilisé comme excuse pour suggérer ne pas être capable de satisfaire les besoins des patients autrement qu'en les</p>

	adressant à un spécialiste.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le taux croissant de consommateurs de substances addictives augmente le nombre de professionnels de la santé qui seront impliqués dans la prestation de soins pour ce type de patients.</p> <p>Il est nécessaire que les professionnels de la santé reçoivent une préparation adéquate afin qu'ils puissent offrir des soins équitables et de qualité aux patients ciblés dans cette étude.</p> <p>L'absence de discussions professionnelles sur les soins aux patients souffrant de dépendance contribue à maintenir des attitudes stéréotypée et préjudiciable.</p> <p>Contrairement à une étude préalablement faite, les infirmiers ont ouvertement exprimés leur discours fait de préjugés et discriminatoire.</p> <p>Travailler avec ce type de patient est reconnu comme un enjeu difficile pour beaucoup de professionnels. Il a été identifié que ceux-ci « s'auto-protègent » et essaient de préserver leur propres émotions dans ces situation de soins difficiles, en mettant une frontière soignant-soigné et en dispersant les responsabilités. Tous ces éléments sont ressortis dans cette étude.</p> <p>Les chercheurs de cette étude ont trouvé que plus le soignant a un bon contact avec les patients souffrant d'addiction, plus l'attitude stigmatisante diminue. En effet, l'individu stigmatisé est finalement accepté comme « normal » ou au moins attribué à une identité fondée sur la personne et non la caractéristique stigmatisante.</p>
Perspectives	<p>Un réel besoin d'un programme spécialisé et d'une éducation afin de subvenir aux besoins de patients souffrant d'une dépendance existe. Cela permettrait aux professionnels de la santé d'avoir une réflexion critique sur la façon dont leurs connaissances et pratiques est influencée par la perception de la société et l'impact que cela a sur la façon d'aborder le patient.</p> <p>Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire qu'une démarche critique et réflexive soit faite, afin de comprendre aussi d'où émane cette tension lors des soins ainsi que dans la gestion des patients qui peuvent se présenter à la fois vulnérable et dangereux.</p> <p>Bien que l'intérêt à travailler avec des groupes de patients marginalisés et stigmatisés augmente, les études montrent que souvent le personnel infirmier a une attitude négative et préjudiciable envers différents groupes de patients.</p> <p>Cette étude démontre l'urgence à améliorer les prestations de soins envers la population cible, en développant l'éducation, la politique et la pratique des soins afin d'assurer des soins équitables et adaptés ainsi que la gestion des risques.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	Bonne présentation générale de l'étude

Evaluation globale	Force : crédibilité, les descriptions des phénomènes vécues par les participants sont complètes, fiabilité : première recherche faite sur le personnel soignant dans les cadres de soins à domicile, confirmabilité : les données ainsi que les interprétations sont analysées de façon objective. Par contre, il y a un manque d'informations sur les connaissances des personnes interrogées ainsi que leurs expériences et la durée de la recherche n'est pas spécifiée.
--------------------	--

## Annexe D

**Tableau récapitulatif des résultats des articles sélectionnés**

Auteurs et date	Thématique principale	Design	Echantillon et setting	Outils de mesure	Qualité méthodologique
Rao, Mahadevappa, Pillay, Sessay, Abraham & Luty 2009	Évaluation des attitudes de stigmatisation des professionnels de la santé envers les patients avec une dépendance aux opioïdes et à l'alcool en comparaison avec ceux qui sont abstinents.	Étude quantitative transversale	N=108 personnes, dont des infirmiers, des assistants en soins, des médecins et autres.  Dans 4 services de santé, deux de santé mentale et deux autres de médecine aigue en Angleterre.	Questionnaire « Attitude to Mental Illness Questionnaire (AIMQ), validé dans une précédente étude.	Généralisation des résultats difficile, car les exemples étaient des vignettes et non des patients.  Échantillon déséquilibré entre centre de psychiatrie et de soins aigus.  Approuvé par un comité d'éthique
Peckover & Chidlaw 2007	Evaluer les difficultés rencontrées aux soins à domicile dans la prise en charge de	Etude qualitative exploratoire	N=18 infirmiers diplômés de 2 centres de soins à domicile dans le Nord de	Un entretien semi-structuré	Echantillon trop petit, mais divers.  Avant chaque entretien, une fiche de consentement a été

	patients souffrant de dépendance à une/des substance(s).		l'Angleterre.		<p>signée. Les données ont été codées pour respecter l'anonymat.</p> <p>Les données sont analysées de façon objective.</p> <p>Manque d'informations sur les connaissances et expériences des personnes interrogées.</p> <p>La durée de la recherche n'est pas spécifiée.</p>
<b>Amaral-Sabadini, Saitz, &amp; Souza-Formigoni 2010</b>	L'association entre l'attitude des professionnels de la santé dans des services de soins primaires face à des personnes souffrant de toxicomanies et la disponibilité de ces soignants à mettre en	Etude quantitative transversale	<p>N= 160 professionnels de la santé (médecins, infirmières, infirmières-assistantes et autres travailleurs de la santé communautaire)</p> <p>Dans 5 centres de soins de 5 régions</p>	<p>1. Questionnaire pour les données démographiques.</p> <p>2. Questionnaire Short Form (AAQ), adapté pour les professionnels de la santé</p> <p>3. L'instrument ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance</p>	<p>Selon les auteurs, les résultats généralisables à d'autres pays, malgré un échantillon restreint.</p> <p>Approbation par le comité d'éthique de l'Université Fédérale de São Paulo.</p> <p>Observations à partir de vignettes, donc données pas très objectives.</p>

	place des pratiques de préventions cliniques pour ce type de patients.		différentes du Brésil	Involvement Screening Test)	
<b>Vadlamudi, Adams, Hogan, Wu &amp; Wahid 2007</b>	Evaluation de l'effet d'une intervention éducative sur les attitudes, les croyances et le niveau de confiance des infirmiers dans la pratique avec les patients alcoolodépendants.	Quantitative interventionnelle prospective.	181 élèves en soins infirmiers de l'école en soins infirmiers de l'université de Vanderbilt (USA) en 2001-2003.	Questionnaire évaluant leurs connaissances, leurs attitudes et leur niveau de confiance dans les interventions avec des patients souffrant d'alcoolisme.  Pas de mention de validation du questionnaire.	Pas de généralisation des résultats possible à cause d'un échantillon trop petit.  Pas de mention d'une approbation d'un comité d'éthique.  Il faudrait évaluer les interventions à plusieurs reprises sur un plus long-terme pour voir la réelle efficacité de l'intervention.
<b>Gilchrist, Moskalewicz, Slezakova, Okruhlica, Torrens, Vadj &amp; Baldacchino 2011</b>	L'évaluation des différences d'attitudes du personnel soignant vis-à-vis de patients dépendants, diabétiques ou dépressifs.	Etude comparative transversale multicentrique.	866 personnes (médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers et éducateurs)  de 253 services : les services de soins aigus, de	The Medical Condition Care Scale (MCRS)  Testé et validé sur des étudiants en médecine pour y refléter leurs préjugés, leurs émotions et	Difficile à généraliser les résultats à cause d'un design déséquilibré et nombre de participants dans les différents corps de métiers déséquilibrés.  Pas de mention d'approbation par un

			<p>psychiatrie générale et de services spécialisés en addiction.</p> <p>8 régions d'Europe : la Bulgarie, la Grèce, l'Italie, la Pologne, l'Ecosse, la Slovaquie, la Slovénie et l'Espagne.</p>	<p>leurs attentes vis-à-vis une population de soin cible.</p> <p>neutre.</p> <p>Non-validé pour la population de cette étude !</p>	<p>comité d'éthique.</p> <p>Grand échantillon incluant plusieurs pays et différents professionnels, étude européenne.</p> <p>Le manque d'avis de certains professionnels par rapport à certains patients peut fausser les résultats.</p>
<p><b>Mota Ronzani, Higgins-Biddle, &amp; Furtado</b></p> <p><b>2009</b></p>	<p>Ressort les points de vue des soins de santé primaire en lien avec la moralisation, la stigmatisation et les jugements des dépendants à l'alcool et/ou aux drogues.</p>	<p>Étude quantitative exploratoire non-contrôlée, avec un échantillon intentionnellement défini</p>	<p>N = 609 professionnels de la santé (infirmiers auxiliaires, infirmiers, médecins) et autres.</p> <p>Municipalités de la région Zona da Mata de l'état de Minas Gerais et à Riveirão Preto dans l'état de</p>	<p>1. Questionnaire démographique.</p> <p>2. Echelle de jugement concernant l'alcoolisme, validé.</p> <p>3. Questionnaire sur les problèmes de santé, validé.</p> <p>4. Evaluation des difficultés</p>	<p>Pas de généralisation des résultats, car échantillon intentionnel.</p> <p>Echantillon plus ou moins équilibré dans les métiers, mais plus de participants de l'état de Minas Gerais que ceux de l'état de São Paulo.</p> <p>Validation par le comité d'éthique de l'hôpital et de la recherche clinique de l'Université de São</p>



			São Paulo au Brésil.	personnelles.	Paulo. Un consentement éclairé a été obtenu de tous les participants.
<b>Amaral-Sabini, Cheng, Lloyd-Travaglini, Samet, &amp; Saitz 2012</b>	Évaluer si le type de dépendance est associé à la qualité des soins primaires de patients dépendant aux drogues.	Etude quantitative corrélative prospective.	N=427 patients dépendants à l'alcool et/ou à d'autres drogues avec un suivi clinique.  Etude faite à Boston aux USA.	Un interview de type standardisé.	Résultats généralisables, car échantillon suffisamment grand et complet.  Approuvé par l'Institutional Review Board sur le campus médical de l'Université de Boston. Un certificat de confidentialité émis par le gouvernement fédéral afin de protéger l'anonymat.  Article qui se concentre plutôt sur les médecins plutôt que les infirmiers. Mais les résultats peuvent quand même être transférables aux infirmiers.

## **Annexe E**

### **Déclaration d'authenticité**

Fribourg, le 14 juillet 2016

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Gard Marie, Ryser Marta et Staub Claire