

Travail de Bachelor
**L'impact des stéréotypes infirmiers chez les patients
toxicodépendants**
Revue de la littérature

Réalisé par : **Mathey Anaïs**

Promotion : **Bachelor 18**

Sous la direction de : **Aziz Salamat**

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

Résumé

Contexte : La toxicomanie est un trouble qui touche une partie de la population. Ce dernier est souvent accompagné de stigmatisation et du rejet de ses malades. Les infirmières sont régulièrement confrontées à plusieurs situations liées à l'addiction durant leur carrière.

Objectifs : L'objectif de cette revue de la littérature est d'identifier les obstacles qui existent face à des situations de prise en charge et d'évaluation de la douleur, par rapport à une personne présentant une addiction aux opioïdes.

Méthode : Les articles choisis ont été recherchés sur les bases de données suivantes : Embase, CINAHL et PubMed. Les critères d'inclusion étaient les études de sources primaires basées sur la dépendance de patients ayant plus de 18 ans et la prise en charge infirmière de la douleur.

Résultats : Les patients sont souvent stigmatisés et rejetés des milieux de soins en raison de leurs addictions. Le manque de connaissances sur la douleur de ces patients amène les soignants à penser que ces personnes exagèrent leurs ressentis dans le but de recevoir de l'antalgie. Le manque de communication a aussi été relevé.

Conclusion : Cette revue de la littérature indique qu'il y a un manque de formation et de connaissances dans la prise en charge des patients toxicodépendants en milieu somatique. Le consentement entre le patient et le soignant sur la prise en charge ainsi que les principaux éléments entravant la prise en charge (manque de formation, de connaissances, pas de protocoles, etc.) sont des éléments à ne pas omettre.

Mots clés : toxicomanie, opioïdes, stéréotypes, stigmatisation, douleur

Remerciements

- Je remercie Monsieur Aziz Salamat pour son accompagnement et son professionnalisme tout au long de ce travail.
- Je remercie Madame Pauline Melly pour son aide en ce qui concerne la recherche d'articles disciplinaires.
- Je remercie Monsieur Maxime Gay-Des-Combes, Madame Tiffany Mathey et Madame Marilyne Claivaz pour la relecture au niveau de l'orthographe et de la syntaxe.
- Je remercie également Monsieur Jérémy Loperetti, infirmier anesthésiste qui a relu mon travail du point de vue d'un professionnel de la santé.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers à la Haute École de Santé Valais-Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

Anaïs Mathey

Signature

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche.....	4
1.3	But de la recherche	4
2	Cadre théorique	5
2.1	La douleur	5
2.1.1	La douleur chez les patients toxicomanes	6
2.1.2	La douleur aiguë	7
2.2	La dépendance	7
2.2.1	La toxicomanie	9
2.2.2	Les drogues	10
2.3	Les stéréotypes.....	11
2.3.1	Les stéréotypes infirmiers	12
3	Méthode	13
3.1	Devis de recherche	13
3.2	Collecte des données	13
3.3	Sélection des données.....	15
3.4	Considérations éthiques	16
3.5	Analyse des données.....	17
4	Résultats	19
4.1	Description de l'étude 1	19
4.1.1	Validité méthodologique.....	20
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	21
4.2	Description de l'étude 2	22
4.2.1	Validité méthodologique.....	23
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	24
4.3	Description de l'étude 3	25
4.3.1	Validité méthodologique.....	26
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	26
4.4	Description de l'étude 4	28
4.4.1	Validité méthodologique.....	29

4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	30
4.5	Description de l'étude 5	31
4.5.1	Validité méthodologique.....	32
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	32
4.6	Description de l'étude 6	34
4.6.1	Validité méthodologique.....	35
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	35
4.7	Synthèse des principaux résultats	37
5	Discussion	39
5.1	Discussion des résultats	39
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	40
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	41
6	Conclusions	42
6.1	Propositions pour la pratique	42
6.2	Propositions pour la formation	43
6.3	Propositions pour la recherche	44
7	Références bibliographiques.....	46
8	Annexes	I
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe III : Glossaires.....	VIII

Liste des abréviations

CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

HUG Hôpitaux Universitaires Genevois

NMDA Acide N-méthyl-D-Aspartique

OFS Office Fédéral de la Statistique

OMS Organisation Mondiale de la Santé

RL Revue de la Littérature

1 Introduction

Les personnes souffrant de dépendances liées aux drogues ou aux autres substances ne sont pas épargnées par les troubles qui atteignent la population en général. En effet, qu'il s'agisse de pathologies physiques ou psychologiques, elles sont amenées à être hospitalisées et prises en charge par le système de santé. Les troubles psychologiques rencontrés peuvent être traités dans des structures spécialisées et adéquates avec du personnel formé pour ces situations (Addiction Valais, 2018). En revanche, les pathologies physiques, les blessures et autres problèmes sont pris en charge dans des milieux spécifiques tels que les urgences, la médecine, les services de chirurgies, les services ambulatoires, etc. Ces structures, bien que bienveillantes, ne sont pas spécialisées pour ce genre de patient. La dépendance aux substances entraîne des attitudes et des réactions de la part du personnel soignant qui ne sont pas toujours adaptées. En effet, ces personnes peuvent faire l'objet de nombreux stéréotypes et donc ne sont pas prises en charge de manière adéquate (Couteron & Delile, 2019). La douleur est un problème majeur dans les milieux aigus. Lors de l'administration de traitement opioïde, les infirmières¹ peuvent penser que le patient demande un analgésique dans le but de recevoir un produit tel qu'il a l'habitude de consommer. Nous verrons dans ce travail que différentes recherches vont dans ce sens. Les soignants peuvent, sans le vouloir, adopter une attitude stigmatisante, provoquée par un manque de connaissances et d'expérience (Bové et al., 2020).

1.1 Problématique

La toxicomanie est une dépendance engendrée par une intoxication, à de multiples reprises, à une substance toxique (Merck Sharp, 2021).

La dépendance aux substances est un problème actuel de cette société. En effet, les chiffres indiquent qu'en Suisse, durant l'année 2018, 16'708 personnes étaient dépendantes à la morphine et à ses dérivés tels que la méthadone et l'oxycodone, 1'763 autres personnes dépendaient quant à elles de l'héroïne (Addiction Suisse, 2020).

Ces données représentent donc la dépendance aux opioïdes ce qui indique qu'une partie de la population est concernée par ce sujet qu'est la toxicomanie. De plus, il existe encore d'autres types de molécules pouvant amener à la toxicomanie que celles décrites précédemment (ARGOS, 2019).

¹ Ce terme est également utilisé pour désigner les infirmiers.

Ces patients peuvent représenter une difficulté de prise en charge importante pour les soignants² car ils sont sujets à divers troubles liés à leur consommation. En effet, l'addiction aux opioïdes et les méthodes de consommation engendrent des risques comme la contraction de certaines pathologies telles que le VIH et l'hépatite C, notamment en lien avec les seringues que ces personnes peuvent utiliser (Jaouen, 2015). Les différentes sensations ressenties avec la prise de ces drogues (euphorie, apaisement, indifférence, insouciance, autosatisfaction, etc.) sont également une entrave au lien entre le patient et le soignant (Fondation Aide Addiction, 2021).

Le problème principal de ce travail est la douleur. Plusieurs recherches ont indiqué que la prévalence de la douleur chez les patients toxicomanes semblerait deux à trois fois supérieure que celle des personnes non dépendantes (Netgen, 2018). Il est donc adéquat de parler d'hyperalgésie chez ces personnes, dans le cas où des douleurs sont objectivées. Une nuance est tout de même nécessaire entre l'hyperalgésie et la tolérance. L'hyperalgésie serait en grande partie liée à une activation et une sensibilisation des systèmes pronociceptifs (impliquant notamment les neuropeptides anti-opioïdes et le système des acides aminés excitateurs via les récepteurs NMDA), en même temps qu'une activation des systèmes antinociceptifs, lors d'une administration d'opioïdes. Ce phénomène se réduit lors d'une diminution des posologies d'opioïdes et légitime parfois une rotation de ceux-ci. Si la dose d'opioïde prise habituellement par la personne ne suffit pas à couvrir les douleurs qu'il ressent, il va majorer la posologie et ainsi, bénéficier à nouveau des effets de la drogue. La tolérance n'est pas l'hyperalgésie mais elle peut la péjorer, car en augmentant les doses pour obtenir un état de bien être, l'hyperalgésie est aggravée. Effectivement, il faudra plus de substance pour que le patient se sente soulagé (Couteron & Delille, 2019).

Les soignants en milieu aigu tel que les urgences, la médecine et la chirurgie ne sont pas spécialement formés pour recevoir de tels patients. Les professionnels travaillant dans des milieux dit non-aigus, spécialisés dans les sevrages et la prise en charge de patients toxicodépendants sont formés et connaissent les particularités de la dépendance (Evain et al., 2010). Cependant, lorsqu'une personne doit être hospitalisée pour un motif aigu, comme une chute, un accident, ou une maladie aiguë, celle-ci se retrouve dans des services qui ne sont donc pas adaptés et adéquats pour la prise en charge de son problème d'addiction. Les soignants la prendront en charge et administreront les traitements prescrits. Toutefois, il est nécessaire de porter une attention particulière à la dépendance, à la douleur et aux habitudes de consommation du patient (Netgen, 2017). En effet, un sevrage brutal d'une substance n'est pas recommandé car il est très difficile à

² Terme utilisé dans cette revue de la littérature pour définir les infirmières

vivre psychologiquement et est physiologiquement dangereux pour le patient.. De plus, comme vu précédemment, la consommation répétée aux opioïdes engendre une tolérance et une hyperalgésie. Les personnes dépendantes ne répondront donc pas de la même manière à un traitement de base contre la douleur qu'un patient n'étant pas dépendant (HUG, 2020b). Ces éléments peuvent amener à une prise en charge inadéquate et insuffisante de la douleur, sans que les soignants le fassent volontairement. Il est possible que le personnel hospitalier soit amené à penser qu'une personne toxicomane amplifie une douleur afin de recevoir une réserve d'antalgie, comme la morphine, simplement pour en recevoir et se sentir bien (Netgen, 2017). Les médecins et infirmières ne sont pas spécialement formés pour cela et ne pensent pas agir contre le patient. Néanmoins, il est important de savoir qu'une personne sevrée brusquement et contre sa volonté sera amenée à ne pas être en accord avec sa prise en soins et à retourner à son domicile précocement de sorte de pouvoir à nouveau consommer de la drogue et se sentir bien, sans que les effets du manque (tremblements, nausées, angoisses, démangeaisons, paranoïa, hallucinations, etc.) ne surviennent (Joye et al., 2013).

L'importance d'un tel questionnement est que l'insuffisance de prise en charge de la douleur chez des patients dépendants amène à une exacerbation de la prise de ces substances. En effet, la douleur va impacter directement le besoin de recevoir une dose supérieure à la normale. Effectivement, un toxicomane est habitué à recevoir quotidiennement cette drogue (Joye et al., 2013). La douleur est donc un stress supplémentaire pour lui. De ce fait, une dose « habituelle » ne sera donc pas suffisante pour le soulager. Il est donc pertinent de se poser ce questionnement, car il semble possible et même probable que tous les soignants de milieux aigus peuvent être amenés à prendre en charge un patient toxicomane avec des douleurs. De plus, il est nécessaire de préciser que ce type de patient est plus sensible à la douleur, en lien avec leur consommation et leur dépendance indépendamment de la douleur qui peut être causée par des comorbidités (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2020). Tous ces éléments : l'hyperalgésie, l'augmentation de la prise de ces substances si une douleur n'est pas adéquatement soulagée et la prise en charge en milieu aigu de ces patients justifient un tel questionnement.

1.2 Question de recherche

Cette revue de la littérature a pour but de répondre à la question suivante :

« Quel est l'impact des stéréotypes infirmiers sur la prise en charge de la douleur des patients toxicodépendants hospitalisés en milieu hospitalier ? ».

1.3 But de la recherche

Le but de cette recherche est de mettre en avant les impacts sur le patient toxicodépendant que peuvent avoir les stéréotypes de la part des soignants. Il sera aussi intéressant de remarquer les stratégies pouvant être mises en place dans le but de contrer cette discrimination.

2 Cadre théorique

2.1 La douleur

La douleur est un sujet actuel qui touche une partie importante de la population. Voici quelques chiffres pouvant en témoigner : en Suisse, deux millions de personnes sont touchées par la maladie du domaine du rhumatisme, ce qui entraîne une péjoration de l'état général, ainsi que des sensations douloureuses (Ligue Suisse contre le rhumatisme, 2021). La moitié de la population est touchée par des maux de dos à plusieurs reprises dans le mois (Arcinfo, 2020). Selon Pautex S. (2017), la douleur est définie comme : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ».

Avant tout, il est nécessaire de savoir que la douleur est subjective. Effectivement, elle est différente d'une personne à l'autre. C'est une expérience dépendante de chacun. Le ressenti est intime, personnel et peut être influencé par différents éléments tels que l'état émotionnel, la présence de comorbidité, la fatigue. C'est à ce moment-là que l'infirmier joue un rôle majeur afin d'être en mesure d'évaluer au mieux et de cibler le type de douleur (Barfety-Servignat, 2020).

Il existe deux catégories de douleur : la douleur chronique et la douleur aiguë. La douleur aiguë est un élément indiquant une atteinte au niveau organique ou une pathologie sous-jacente. C'est un des motifs principaux des consultations aux urgences. La douleur chronique dure dans le temps, au minimum six mois et n'a pas de réponse aux traitements habituels. Elle ne signale pas un événement particulier, contrairement à la douleur aiguë et est donc définie comme inutile. Le fait que cette sensation dure dans le temps, celle-ci touche de manière considérable le bien-être des patients, leurs comportements ainsi que leur résistance face à la douleur. Tous ces éléments amènent au fait que la douleur devient le centre de la prise en charge, indépendamment de l'élément amenant à l'hospitalisation. Ces deux types de douleurs peuvent atteindre autant les enfants que la population plus âgée, à tout moment de la vie, suite à un accident, une affection, une maladie, une opération, et bien d'autres éléments encore (Service de neurochirurgie - CHUV, 2019).

L'infirmier joue un rôle capital dans la prise en charge de la douleur, car c'est lui-même qui est en contact presque permanent avec le patient en milieu de soin. C'est par différentes techniques qu'il va pouvoir amener le patient à évaluer sa douleur même si ce dernier n'a pas toutes les capacités nécessaires pour une bonne évaluation (prise de

substances, troubles cognitifs, enfant en bas âge, etc.). Il existe différentes échelles pour les personnes capables d'évaluer elles-mêmes leur douleur, comme l'évaluation numérique, l'évaluation des visages pour les enfants et personnes âgées, Toutefois, tous n'ont pas cette capacité. C'est pourquoi d'autres échelles existent et permettent au personnel soignant d'évaluer le confort du patient, tel que le questionnaire Saint-Antoine (QDSA) relié au sensoriel et émotionnel. L'infirmière administre les traitements antalgiques et peut aussi donner selon son évaluation clinique, des réserves d'antalgie et signaler au médecin si ces dernières sont efficaces ou non (HUG, 2020a).

2.1.1 La douleur chez les patients toxicomanes

Bien que la douleur soit propre à chacun, elle n'est pas la même chez les patients toxicomanes. En effet, ces derniers sont sujets à être plus sensibles à cette perception sensorielle. Des phénomènes d'hyperalgésie se manifestent chez les patients dépendants aux opioïdes, qui seraient provoqués par une sensibilité marquée des systèmes pronociceptifs. De plus, les systèmes antinociceptifs, lors d'une prise d'opioïdes, sont également enclenchés. Cependant, la rotation des opioïdes qui vise à changer un opioïde par un autre à des doses équivalentes, peut avoir un impact important sur cet effet en diminuant le traitement. Ces différents éléments amènent à des modifications sur la douleur ressentie par le patient (Netgen, 2018).

Il est nécessaire de comprendre la différence entre la tolérance et l'hyperalgésie qui sont deux phénomènes qui gravitent autour de la dépendance de la personne toxicodépendante. La tolérance survient lorsque les raisons pour lesquelles les personnes prennent ces substances (douleur, psychisme, etc.) ne sont plus soulagées par les doses habituelles et lorsque les effets désirés ne sont plus présents. Une majoration de la prise habituelle peut également être un des principaux signes d'une tolérance (Chalan-Latou, 2017). L'hyperalgésie, décrite précédemment, est un élément différent qui touche d'autres systèmes. De plus, l'augmentation nécessaire des substances pour contrer le phénomène de tolérance serait néfaste si le patient souffrait d'hyperalgésie, car dans ce cas, la meilleure solution serait de procéder à une rotation d'opioïde (Pautex & Piguet, 2015). D'autres traitements peuvent également être mis en place, notamment des molécules agissant sur les récepteurs au glutamate qui sont activés par le NMDA (Leonardon, 2020).

Le rôle de l'infirmier est un point clé de la prise en charge de cette douleur, car elle est en contact quasi permanent avec le patient et peut ainsi déceler certains éléments difficiles à aborder comme la prise de substances nocives. La sensibilité marquée chez les patients

dépendants aux opioïdes implique donc une évaluation particulièrement plus poussée que chez des patients non-consommateurs de drogue. Le type de substances consommées, la fréquence, le dosage ainsi que la présence de comorbidités qui peuvent être présentes chez ces personnes doivent être investigués, pour cibler au mieux la douleur, son degré et l'impact de cette dernière (Naudin et al., 2020).

2.1.2 La douleur aiguë

La douleur aiguë est un signal déclenché par le corps afin de signaler un problème. Elle peut survenir lors d'un traumatisme comme une fracture, lors d'un hématome dû à une hémorragie et indiquer une urgence. D'autres sortes de manifestations de la douleur sont évidemment probables. L'importance dans une prise en charge adéquate d'une douleur aiguë est dans un premier temps de localiser son origine pour en traiter la cause. Pour poursuivre, le plus rapidement possible, il est impératif de traiter adéquatement la douleur. Si possible, cela se fait avec le patient en l'évaluant par lui-même, ou par des échelles de mesures (Pautex & Piguët, 2015) . Selon le résultat, le médecin pourra prescrire une antalgie adaptée selon les 3 paliers de l'OMS (palier 1 : douleur faible à modérée traitée par paracétamol, acide acétylsalicylique, anti-inflammatoire non stéroïdiens ; palier 2 : douleur modérée à sévère traitée par les dérivés morphiniques ; palier 3 : douleur sévère et résistante traitée par les morphiniques et les antalgiques centraux) (Fonzo-Christe, 2006).

Le rôle de l'infirmier est donc d'approfondir la douleur ressentie par le patient, d'en identifier la cause, l'origine, le type (brûlures, coup, électriques, etc.) ainsi que l'intensité de celle-ci. L'analyse et les informations recueillies seront un indicateur précis pour le médecin et pour la suite de la prise en charge (Naudin et al., 2020).

2.2 La dépendance

La dépendance est un phénomène qui apparaît lorsqu'une personne consomme un produit qui lui procure un effet agréable l'amenant à en consommer de manière régulière, dans le but de ressentir à nouveau cette sensation. La dépendance peut survenir plus ou moins rapidement, selon la substance consommée. Elle dépend de la fréquence de consommation, de la quantité et du produit. Le terme dépendance peut être utilisé pour tous les types de problèmes d'addictions (alcool, drogue, nicotine, jeux, etc.). Le diagnostic est médical et ne peut pas être posé sans un entretien approfondi avec le patient (Addiction Suisse, 2020).

Le CIM-10 (10^{ème} révision de la classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes) propose divers éléments pour aider au diagnostic de dépendance. Cet outil décrit les éléments des domaines du comportement, du cognitif et du psychisme pour lesquels la prise de produit psychoactif amène les individus à se désintéresser des autres activités qui animaient leur vie d'avant. L'envie de consommer devient compulsive et le désir est irrésistible.

Pour que le diagnostic puisse être posé de manière fiable, il est nécessaire que le patient présente au minimum trois manifestations suivantes, selon l'OMS (2020) :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non dépendants) ;
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Le rôle infirmier et la place de l'infirmière auprès de ce genre de patient sont primordiaux pour détecter les premiers symptômes de la dépendance. De plus, en créant une relation de confiance, les patients sont plus à l'aise pour se confier et peuvent donc être plus

ouverts à la discussion. L'infirmière joue donc un rôle clé pour assister le médecin au diagnostic de dépendance (HUG, 2020b).

2.2.1 La toxicomanie

Tout d'abord, il est primordial de spécifier que la toxicomanie est une maladie. Elle se déclare lorsque l'utilisation de substance devient nécessaire afin que l'individu puisse vivre et se sentir mieux (Couteron & Delile, 2019). Le toxicomane recherche un état de bien-être qu'il ressent uniquement lorsqu'il consomme de la drogue. Ce n'est toutefois pas une maladie rare et la Suisse n'est pas épargnée par ce fléau. Bien que cela soit plus ou moins caché, la toxicomanie est un sujet d'actualité qu'il est important de traiter. Elle est fortement liée avec le thème développé précédemment car la toxicomanie est un état de dépendance à des drogues. Les produits consommés développent un besoin physique et psychique à ces substances, ce qui amène l'individu à en reprendre. Tous ces éléments amènent à un cercle vicieux qui entraîne le phénomène de se shooter pour se sentir mieux. Cette pathologie présente les mêmes caractéristiques de diagnostic que la dépendance, la précision est que cette dépendance s'applique à la consommation de drogues ou de médicaments (Couteron & Delile, 2019).

Les toxicomanes modifient leur mode de vie, car la consommation en devient l'élément central. La dépendance les amène à se centrer uniquement sur la drogue. La manière de s'en procurer afin d'en avoir une quantité suffisante devient une préoccupation de tous les jours dans le but de ne pas subir un état de manque, et donc des signes physiques et psychiques de sevrage (psychose, hallucination, tremblements, transpiration, etc.) (Morel & Chappard, 2019).

La population n'est pas égale face à la toxicomanie, car elle dépend de différents éléments pouvant amener à une consommation puis à une toxicomanie. En effet, le tempérament de l'individu peut amener à la consommation, en particulier les personnes qui sont en besoin continu d'être performants, qui aiment le danger et qui cherchent des sensations toujours plus fortes. La mauvaise estime des patients pour eux-mêmes est également une des causes pouvant conduire à une prise de substance pour contrer cette sensation. Bien d'autres éléments encore font partie des facteurs individuels qui conduisent à une consommation, comme, notamment, les problèmes au travail, dans la vie personnelle, des angoisses, etc. Une autre classe de facteurs de risque réside dans les facteurs environnementaux. Le lien entre la facilité à se procurer de la drogue et la consommation par les pairs, sont des éléments pouvant amener une partie de la société à

consommer et à ne pas se préoccuper des dangers que peuvent présenter ces drogues (Evain et al., 2010).

La toxicomanie est une maladie mal perçue et très stigmatisée dans notre société. Les patients dans les services aigus peuvent avoir des réticences pour en parler. De ce fait, c'est à ce moment-là que l'infirmière doit intervenir pour déceler les signes et symptômes pouvant être remarqués et amener le patient à se confier et à se sentir en confiance. Elle doit être bienveillante et avoir une attitude non discriminante envers la personne qu'elle prend en charge (Naudin et al., 2020).

2.2.2 Les drogues

Les substances psychoactives, autrement dit les drogues, sont de plus en plus consommées et recherchées. Depuis les années 1990, les chiffres liés à la consommation ne cessent d'augmenter. Il est important de souligner que les drogues ont évoluées. Elles sont modifiées dans des laboratoires clandestins. Les molécules modifiées sont donc mal connues et peu de recherches au niveau des effets pharmacologiques précis sont effectuées (Joye et al., 2013).

Une classification permettant de cibler les types de drogue a été générée par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Neuf classes ont été retenues : l'alcool, les opioïdes, les cannabinoïdes, le tabac et les solvants volatils, la cocaïne, les sédatifs/hypnotiques et les autres stimulants (dont la caféine). Toutes ces substances agissent plus ou moins de la même manière en stimulant le système nerveux central (SNC) où se situent les éléments constituant le plaisir (système dopaminergique) (OMS, 2020).

La consommation doit être évaluée pour révéler un trouble tel qu'une addiction. En effet, pour certaines drogues, une consommation dite simple n'engendre pas de dépendance et d'effets « nocifs » sur le comportement de l'individu en question. Par exemple, le café peut être utilisé sans engendrer de dépendance tout comme la cocaïne. Cela peut paraître étonnant, mais tout dépend du mode de consommation de la personne. Lorsqu'elle a besoin de la substance pour fonctionner correctement, avec des manifestations physiques et psychiques, la consommation devient problématique et se situe dans une prise de substance dite nocive (contrairement à la consommation simple). C'est à ce moment-là que tout bascule du côté social et professionnel de l'individu (Joye et al., 2013).

La consommation de drogue est un sujet concernant la société actuelle. L'effets de la drogue sur le système dopaminergique, qui est à l'origine de la sensation de plaisir, aident les individus à se sentir mieux dans leur vie. La société en demande toujours plus, que ce soit au niveau professionnel, personnel et familial. La drogue est la solution que de nombreuses personnes ont choisi pour se sentir performantes et moins fatiguées. Dans un premier temps, les effets sont perçus comme bénéfiques par les usagers. Puis, tout s'écroule quand la consommation devient nécessaire. La toxicomanie n'apparaît pas du jour au lendemain et tout le monde peut être concerné par ce fléau. Comme dit précédemment, la population n'est pas égale face à ce problème ; certains ont plus de ressources que d'autres. Il est primordial de garder cet élément à l'esprit pour ne pas tomber dans le jugement de cette partie de la population (Chalan-Latou, 2017).

L'infirmière en soins aigus doit aborder le sujet de la consommation de drogue pour être en mesure de procurer une prise en charge personnalisée, adéquate et complète à son patient. Elle est en première ligne pour promouvoir la santé, parler de certains effets sur la santé et pour rediriger la personne, si besoin, vers des structures spécialisées (Addiction Valais par exemple). De plus, la prise de certaines substances peut interférer avec la médication reçue à l'hôpital et ainsi, créer des dangers pour le patient. Elle doit procurer un environnement favorable à la discussion, ainsi que démontrer au patient qu'il ne doit pas se sentir jugé et stigmatisé par les professionnels de la santé (Sourget Cecchella, 2019).

2.3 Les stéréotypes

Les stéréotypes sont présents dans la société depuis presque toujours. En effet, au XVIII^e siècle, ils étaient déjà présents. Le mot stéréotype vient du grec et signifie « l'élément imprimé et solide ». Le mot « stéréotype » est un néologisme, qui était à l'époque du XIX^e siècle, lié à l'imprimerie. Actuellement, il renvoie aux représentations de la société et est défini comme une élaboration de l'esprit (Edrom et al., 2018a). Dans la population mondiale, les stéréotypes sont souvent discriminatifs et permettent de juger rapidement une personne selon son apparence, sa façon d'être, de s'exprimer et de s'habiller (Légal & Delouée, 2018). L'impact de ces représentations sur les individus peut être extrêmement discriminatif. Que ce soit dans le monde professionnel ou personnel, les stéréotypes peuvent influencer la vie des personnes de manière négative, car les gens sont rangés dans des cases. Voici l'exemple de quelques stéréotypes : « il est gros, c'est parce qu'il ne fait pas de sport », « cette fille est toujours avec des garçons, elle n'est pas fréquentable », « ce garçon pleure, ce n'est pas un vrai homme, car les hommes ne

pleurent pas ». Ces exemples non exhaustifs pour démontrer que tout le monde a déjà rencontré dans sa vie des stéréotypes et chaque individu peut, de manière involontaire, en formuler en stigmatisant des gens (Edrom et al., 2018b).

Trois domaines de stigmatisation ont été distingués : le premier contient les personnes qui ont des particularités physiques telles que des déformations par exemple. Les éléments de ce premier type sont visibles et remarquables. Le deuxième genre est lié aux troubles du comportement (addictions, maladies psychiques). Le dernier groupe est stigmatisé en fonction des origines et des croyances (Gouvernement du Canada, 2021).

Il est impératif de garder à l'esprit que les stéréotypes sont souvent rabaissants et ne permettent en aucun cas de juger ou d'évaluer une personne. Ces personnes sont mises à l'écart, jugées et donc rejetées par la société (Edrom et al., 2018a). L'infirmière doit porter une attention particulière lors de la prise en charge de n'importe quel type de patient, afin de ne pas se laisser influencer par les stéréotypes qui pourraient nuire à la prise en charge et donc à la santé mentale et physique du bénéficiaire de soin. Par exemple, elle doit avoir une attitude neutre vis-à-vis de l'apparence de la personne, de ses origines ou de son style vestimentaire.

2.3.1 Les stéréotypes infirmiers

Les stéréotypes, au niveau du domaine médical, sont aussi présents. Ils impactent la bonne vision du patient et de sa situation. La stigmatisation peut aller du soignant au patient, à sa famille, à ses amis. L'inverse peut également se produire, le soignant peut lui-même être stigmatisé par le patient et son entourage. Une recherche a révélé le fait que la stigmatisation des soignants envers les patients et leur pathologie amenait les principaux concernés à ne pas révéler leur état de santé et à reproduire des actions pouvant les mettre eux-mêmes en danger (Bioy et al., 2003). De plus, les stéréotypes amènent le personnel soignant à sous-évaluer les patients et donc à ne pas promouvoir la santé et faire de la prévention correctement. Enfin, le fait de juger les patients amène à un retard dans la prise en charge et à une mauvaise évaluation clinique de l'état de santé des personnes, ceci entraînant un retard dans les traitements administrés. Ces éléments sont ressortis d'une étude portant sur les patients atteints du VIH, ce qui peut montrer l'impact négatif des stéréotypes du personnel soignant (Paracelsus Recovery, 2021).

Comme pour les stéréotypes décrits précédemment, le rôle-clé de l'infirmière est de ne pas se laisser influencer par les patients, leur apparence et leur pathologie, mais de les évaluer chacun de manière neutre, sans être influencée par des stéréotypes (Bioy et al., 2003).

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Au niveau du devis de recherche, divers paradigmes existent. Tout d'abord, le paradigme positiviste ou post-positiviste qui concerne la recherche quantitative. Ensuite, il y a le paradigme naturaliste ou interprétatif concernant la recherche qualitative. Troisièmement, le paradigme mixte qui lui lie les deux types de recherche. Le paradigme interprétatif sous-tend que les connaissances ne sont pas objectives. En effet, pour le naturaliste, toutes les connaissances sont créées au niveau de la société. En ce qui concerne le positiviste, la connaissance disponible est objective et il cherche à découvrir cette dernière et à la généraliser dans la mesure du possible (M.-F. Fortin & Gagnon, 2010).

Dans cette revue de la littérature, le paradigme interprétatif a été principalement utilisé pour être en mesure d'évaluer, en particulier, les représentations des professionnels de la santé et des sentiments individuels des patients pris en charge. Les études choisies sont majoritairement disciplinaires, ce qui permet d'avoir des liens avec le rôle propre infirmier.

3.2 Collecte des données

Les bases de données suivantes ont été consultées pour rechercher les articles à analyser : CINAHL, Embase et PubMed. Les recherches ont été effectuées d'avril 2020 à mai 2021. Une première revue de la littérature a permis de centrer l'attention sur un sujet et ainsi d'en préciser les recherches. Cette étude étant une revue de la littérature, n'a cependant pas été retenue dans les articles finaux. Durant le mois de mars 2021, une seconde période de recherche a permis de chercher de nouveaux articles plus récents et plus centrés sur le sujet choisi. Cette recherche a permis d'ajouter de nouvelles études et de remplacer les plus anciennes, moins pertinentes (date plus ancienne, sujet plus large).

Les mots-clés ont, dans un premier temps, été écrits en français, puis dans un deuxième temps traduits en anglais pour diversifier le contenu. Les thésaurus Mesh ont été consultés pour rechercher les termes adaptés aux bases de données, chacune utilisant ses propres mots. Les opérateurs booléens « OR » et « AND » ont aidé à la réalisation des équations de recherche sur les bases de données. Dans le but d'affiner la recherche, le filtre cité ci-après a été utilisé pour ressortir les études disciplinaires seulement « RN OR BSN OR MNSC OR nurs* ».

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	Cinahl headings	Emtree
Nurse / nurse attitude	nurse* OR nursing OR nurse attitude* OR "nursing care*" OR "nurses attitudes*"	"Nurses"[Mesh] "Nurse – patient relation"[Mesh] "nurse – patient attitude"[Mesh]	MH "Nurses+" MH "Nursing Care+"	'nurse'/exp 'nursing'/exp
Pain	"Pain*" OR "pain with substance*" OR "dependence pain" OR "sharp pain*"	"Pain nursing"[Mesh] "Pain management"[Mesh] "Pain measurement"[Mesh] "Hyperalgesia/chemically induced"[Mesh]	MH "Pain nursing" MH "Sharp pain" MH "Pain management " MH "Hyperalgesia"	'Pain'/exp 'Pain nursing'/exp 'Sharp pain'/exp 'hyperalgesia'/exp 'hyperalgesia induced'/exp
Dependence/ toxicoconia / Addiction	Dependence OR Drug tolerance OR Substance dependence OR Toxicomania OR Drug abuse OR Opioid use	"Dependence"[Mesh] "Drug tolerance"[Mesh] "Toxiconia" [Mesh] "Drug abuse" [Mesh]	MH "Drug abuse" MH"Opioid" MH"Substance dependance"	Drug dependence Opioid Drug addiction

Tableau 2 : Équation de recherche CINAHL

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
Pain or suffering AND toxicomania OR substance use disorder AND stereotypes OR prejudice OR generalization	130	10
Pain management OR pain AND substance use disorder OR drug abuse AND nurse OR nurse attitude	409	1
Pain* AND substance use disorder OR opioid addiction AND nurs*	267	3

Tableau 3 : Équation de recherche Medline (PubMed)

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
Pain assesment OR pain measurement AND Dependence OR opioid use disorder AND attitude of health personnel OR stereotypes	48	8
Pain assesment OR pain management AND substance use disorder OR opioid addiction AND nurse attitude	47	2
Pain* AND substance use disorder OR drug dependence AND nurs* OR attitude of health personnel	653	1

Tableau 4 : Équation de recherche Embase

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
Pain OR acute pain AND drug dependence OR opioid addiction AND nurse attitude	220	0
Pain* AND nurs* OR attitude of health personnel AND dependence OR drug abuse	55	5
Toxicomania OR substance use disorder AND nurse attitude OR nurse* AND pain OR pain management	18	2

3.3 Sélection des données

Les critères d'inclusion étaient les études, dont les sujets principaux, étaient la prise en charge de la douleur des patients toxicodépendants ainsi que l'impact des stéréotypes des infirmières sur cette dernière. Le milieu somatique aigu a également été au centre des recherches. Les études recherchées et retenues ont également été choisies en

fonction de leurs dates de parution, entre 2015 et 2021, afin d'analyser des éléments au plus proches de l'actualité.

Les dates de parution ont également été étudiées de manière à pouvoir être en adéquation avec la société actuelle. En ce qui concerne le type d'étude, seules les études primaires ont été retenues. Dans ce travail, quatre études disciplinaires ont été sélectionnées et deux études ont été réalisées par des médecins. Ces deux articles ont été retenus, car ils étudiaient le comportement infirmier en rapport avec les patients dépendants et non le point de vue du médecin uniquement.

Le site internet *DeepL* a été consulté afin de traduire les parties plus complexes des articles qui étaient tous en anglais. Ci-dessous se trouve la pyramide des preuves utilisées qui permet de classer le niveau de fiabilité et de preuve scientifique des études sélectionnées. Celles-ci sont répertoriées dans le tableau 5.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 1 Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

3.4 Considérations éthiques

Les études sélectionnées ont reçu le consentement du comité d'éthique de leur région. Les professionnels et les patients ont chacun été informés du fonctionnement des études et ont tous signé un consentement libre et éclairé en sachant qu'à tout moment, ils étaient en droit d'interrompre leur participation.

3.5 Analyse des données

Les six études choisies seront analysées dans un tableau de recension situé en annexe (un tableau par étude). Une analyse plus détaillée sera présentée par la suite dans la section « résultats ». Divers éléments seront étudiés, tels que la validité méthodologique, la pertinence clinique, l'utilité des résultats pour la pratique professionnelle. Pour terminer, les principaux résultats qui ressortent des études seront synthétisés.

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Gabrielle Horner, Jeff Daddona, Deirdre J. Bruke, Judith Cullinane, Magie Skeer, Alysse G. Wurcel	"You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. DR	2019	PubMed	3
2	Katarina Bohm, Roger Lund, Jörgen Nordlander, Veronica Vicente,	Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in sweden	2019	PubMed	4
3	Laura F. Lewis, Lauren Jarvis	Undergraduate nursing students experiences and attitudes towards working with patients with opioid use disorder in the clinical setting: A qualitative content analysis.	2019	CINHAL	4
4	Simeon D. Kimmel, MD, MA, Sophie Rosenmoss, BA, Benjamin Bearnot, MD, MPH, Marc Laroche, MD, MPH, and Alexander Y. Walley, MD, MSc	Rejection of Patients With Opioid Use Disorder Referred for Post-acute Medical Care Before and After an Anti-discrimination Settlement in Massachusetts. DR	2021	CINHAL	2
5	Alysse G Wurcel, Sun Yu, Deirdre Burke, Amy Lund, Kim Schelling, Saul N. Weingart, Karen M. Freud.	Implementation of a Patient-Provider Agreement to Improve Healthcare Delivery for Patients With Substance Use Disorder in the Inpatient Setting	2020	Embase	3
6	Kurt A Krokmyrdal, Randi Andenaes	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study	2015	CINHAL	4

4 Résultats

4.1 Description de l'étude 1

Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M., & Wurcel, A. G. (2019). « You're kind of at war with yourself as a nurse » : Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PloS One*, 14(10), e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>

Le devis de cette étude est qualitatif descriptif. Le but est d'analyser et de décrire le point de vue des infirmières sur la prise en charge des patients, présentant une dépendance aux opiacés, en milieu hospitalier. Cette première étude a été réalisée aux États-Unis, à Boston dans le Massachussets. C'est dans un centre médical universitaire « Tufts medical center » que l'échantillon a été choisi. L'échantillonnage non probabiliste a été réalisé en boule de neige. Les infirmiers chefs ont été informés de cette recherche et ont envoyé des courriers informatiques à leurs infirmières diplômées afin de trouver des volontaires pour répondre au questionnaire et donc participer à l'étude. Le bouche à oreille entre les professionnels a également permis de trouver des infirmières afin de participer à l'étude et avoir un échantillon plus grand. Vingt-deux soignants ont donné leur consentement oral avant le début des entretiens et forment donc l'échantillon final.

Cette étude fait partie d'un projet qui consiste à améliorer la qualité de prise en soins des patients dépendants aux opioïdes et à relever les éléments du côté infirmier qui pouvaient interférer avec une bonne prise en charge.

La collecte de données s'est faite dans un premier temps par des entretiens filmés. A la suite de cela, ils ont été retranscrits (à l'aide du logiciel NVivo 12+) afin de permettre une analyse détaillée des réponses obtenues. Les entretiens étaient individuels et semi-structurés. Les participants pouvaient à tout moment mettre fin à l'entretien et n'étaient pas forcés de répondre à une question s'ils ne le voulaient pas. Cependant, tous les participants ont répondu à chaque question et aucun n'a quitté la pièce avant la fin des discussions.

L'analyse des données s'est faite en trois parties en s'inspirant du modèle traditionnel de la théorie ancrée de Birks et Mills. La méthode d'analyse est qualitative pour cette étude. Dans un premier temps, la première série d'entretiens réalisée a été analysée par un livre de codes préliminaires, par le biais d'une technique de codage ouverte. A partir des résultats obtenus, les thèmes principaux sont ressortis et ont été identifiés. Il est important

de savoir que le guide d'entretien de base a été la référence de la génération des codes. Dans un second temps, pour la deuxième série d'entretiens, le livre de codes a été majoré et affiné en fonction des thèmes relevés précédemment. Une analyse comparative a permis de relier les codes entre eux. L'importance de cette deuxième étape était de cibler les thèmes principaux et de valider le livre de codes utilisés. Dans la dernière partie de cette analyse de données, l'utilisation du codage théorique a été mis en œuvre. C'est dans cette partie qu'est ressorti le fait que le modèle socio-écologique deviendrait le cadre adapté pour organiser les thèmes désignés dans les étapes précédentes. En effet, il n'avait pas été défini avant afin d'éviter tous les préjugés possibles dans la collecte de données.

Six thèmes ont été retrouvés lors de la méthode et ont permis de répondre à la question de recherche de cette étude et vont tous dans le sens que les connaissances sur ce type de patient ne sont pas suffisantes. En effet, les soignants ont indiqué qu'ils connaissaient les principaux éléments ayant un impact sur la prise en charge de cette population (sevrage, douleur sous-traitée, stigmatisation de la part des soignants, signes du manque). La majeure partie des professionnels questionnés a suggéré l'idée de mettre en place des protocoles de prise en charge afin que tous les soignants qui gravitent autour du patient aient le même discours et puissent travailler au mieux avec ce dernier, en fixant des objectifs et des limites de traitement, en particulier pour l'administration d'antalgie. Ces protocoles seraient une solution afin d'améliorer la prise en charge de ces malades, en mettant des limites claires et permettant une transparence entre les soignants et le patient.

4.1.1 Validité méthodologique

Le devis qualitatif de cette étude est justifié par le type d'entretien proposé. Les entretiens individuels semi-structurés et la création de codage en fonction des résultats obtenus amènent l'étude à se trouver dans la catégorie qualitative. Cette méthode d'analyse de données permet de cibler les points-clés ressortis lors des entretiens et à donner des éléments précis et concrets sur la question de recherche.

Dans la seconde étape de l'analyse de données, une comparaison d'une transcription codée a été faite entre les trois chercheurs ayant pour but d'évaluer la fiabilité inter-juge. Un score kappa de 65% a été calculé (ce score permet de mesurer l'accord entre les observateurs lors d'un codage qualitatif). Le chiffre de 65% indique que l'accord entre les résultats obtenus est fort, ce qui permet de valider les données et les résultats obtenus. De plus, le fait que les chercheurs n'aient pas introduit au début de l'étude de modèle à la

base de la recherche pour ne pas influencer les résultats évitent que certains préjugés puissent biaiser les informations reçues.

Cependant, l'échantillon était de vingt-deux professionnels, ce qui limite la généralisation des résultats de l'étude. Mais le fait que cet échantillon soit réduit permet d'évaluer et d'analyser les données de manière plus détaillée.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les six thèmes principaux qui ressortent de cette étude sont : la stigmatisation, la sûreté et la sécurité, l'évaluation et le traitement de la douleur, la communication entre les prestataires, les sentiments d'épuisement face à ce type de patient et les possibilités de changement. Ces différents éléments sont des indicateurs qui permettent d'ouvrir la discussion sur le sujet de la prise en charge de patients dépendants aux opioïdes. En effet, ces thèmes sont ressortis dans les entretiens et sont partagés par la majorité des personnes interrogées. Ils peuvent être pris comme base pour développer des techniques de prises en soins de ce genre de patients.

Cette recherche amène à développer le thème de la prise en charge de la douleur de patients dépendants, mais aussi à une évaluation plus globale et à l'impact que peuvent avoir ces personnes sur une infirmière.

Bien que les résultats soient crédibles, la provenance de cette étude et son échantillon limite sa généralisation.

4.2 Description de l'étude 2

Bohm, K., Lund, R., Nordlander, J., & Vicente, V. (2019). Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. *International Emergency Nursing*, 46, 100779. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.002>

Le devis de cette seconde étude est qualitatif descriptif. Le but de cet article est de décrire l'expérience des infirmières travaillant dans les ambulances sur la prise en charge de la douleur des patients dépendants d'une substance nocive. Cette étude a été réalisée en Suède, à Västernorrland. Ce compte regroupe neuf stations ambulancières. L'échantillon a été choisi de manière probabiliste. C'est un échantillonnage dit stratégique car les personnes qui le forment ont été choisies en fonction de leur expérience avec les patients dépendants. En effet, les différents responsables des centres ambulanciers ont été contactés afin de choisir au mieux les personnes avec de l'expérience dans le domaine de la dépendance et de la douleur. Il est constitué de huit infirmières urgentistes de 25 à 65 ans afin de diversifier les expériences et le contenu des entretiens. Les critères d'inclusion étaient de travailler dans le domaine des ambulances depuis au moins deux ans et d'avoir été confrontés à des cas de gestion de la douleur chez des patients dépendants à une substance nocive. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. L'échantillon est constitué de huit personnes. Selon Polit & Beck (2008), le nombre de participants à l'étude n'est pas l'élément principal, mais la saturation des données en est le point-clé. Cette saturation est atteinte lorsqu'il n'y a plus d'informations nouvelles et que la collecte de données est terminée. Les consentements ont été signés en début de projet. Le comité d'éthique régional de l'Institut de Karolinska à Stockholm a approuvé cette étude.

Cette étude a pour but de déterminer l'expérience des infirmières travaillant dans le domaine des urgences, en ambulance, avec les patients dépendants à des substances dites nocives.

La collecte de données s'est faite par des entretiens semi-structurés réalisés en suédois. Ils ont été réalisés de manière individuelle pour que chaque participant ait son temps de parole et puisse s'exprimer librement. Tous les entretiens ont été enregistrés par un magnétophone numérique. A la fin des entretiens, les réponses étaient reprises pour voir si l'intervenant souhaitait rajouter quelque chose. En lien avec le consentement signé, les participants avaient la possibilité de quitter la pièce à tout moment et de mettre fin à l'entretien s'ils ne s'y sentaient plus à l'aise. Aucun participant n'a cependant interrompu les entretiens.

L'analyse des données s'est faite par une analyse de contenu. L'approche inductive, selon Graneheim et Lundman, a été utilisée afin d'analyser au mieux les données et d'atteindre le but de l'étude. A plusieurs reprises, les enregistrements ont été écoutés par les chercheurs et les textes de retranscriptions également afin d'avoir tous les éléments sans exception. Dans un second temps, en gardant en vue l'objectif, diverses phrases et thèmes ont été retenus afin de réduire la quantité de texte et d'organiser la suite de l'analyse. Sans trop réduire le texte afin de garder un sens, ces phrases ont été nommées par un ou plusieurs mots dans le but de créer des codes. Il était important de retirer seulement ce qui était nécessaire afin de ne pas perdre trop d'informations. Tous les codes ont amené à des sous-catégories. A partir de cela, des catégories ont été créées et des thèmes en sont ressortis. Le thème était l'idée principale ressortant du message qui avait été transmis par chaque infirmière interrogée. Grâce à cela, le texte assemblait des idées principales et était compréhensible. Une traduction à l'anglais a été faite par un traducteur validé et a permis de retranscrire les citations afin de ne pas perdre des informations.

Les éléments principaux qui ressortaient de cette étude étaient que la connaissance accrue des problèmes que peuvent causer une dépendance à des opioïdes et à une prise en charge adéquate de la douleur devait être connue des soignants et est souvent négligée. De plus, les traitements administrés et leurs effets secondaires sont ressortis afin d'adapter les surveillances aux patients qui bénéficiaient de ces soins. Les objectifs des infirmières n'étaient pas toujours les mêmes que ceux des patients et cela amenait à des tensions, à de l'agressivité entre le patient et le soignant. L'incertitude de cette prise en charge particulière est le point-clé qui est ressorti. En effet, les participants ont souligné qu'en se référant aux médecins et aux autres centres d'ambulances, aucun protocole n'était en place et chacun donnait des directives différentes ce qui amenait à une confusion et à une mauvaise prise en charge de la douleur ressentie.

4.2.1 Validité méthodologique

Le devis qualitatif descriptif de cette étude est justifié par le fait des entretiens semi-structurés et du petit échantillon choisi afin de pouvoir approfondir au mieux ce thème. Le type d'analyse choisi permet de ressortir au mieux les dires des participants et les mettre en lien entre eux afin de créer des catégories et des thèmes de discussions.

Cependant, la validité externe de cette étude n'est pas un élément dominant. En effet, l'échantillon est de petite taille et malgré la richesse des informations obtenues, il n'est pas possible de généraliser cette étude au niveau suisse. Néanmoins, les éléments-clés

ressortis peuvent permettre de comprendre ce qui peut être mis en place pour une prise en charge adéquate de patients dépendants douloureux.

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les thèmes principaux ressortant de cette étude sont les suivants : oser faire confiance aux patients et leurs donner des soins de bonne qualité sans jugement. L'incertitude et la frustration quant au traitement de la douleur et des objectifs contradictoires entre les patients et les soignants étaient également des sujets qui revenaient auprès de chaque participant.

Tous ces éléments peuvent aider à la pratique professionnelle tant en milieu d'urgence que dans les services hospitaliers. La méfiance face à la douleur exprimée par le patient était un élément perturbant l'analyse du soignant car pour eux, il y avait un sentiment que les patients exagéraient cette douleur pour recevoir une antalgie plus forte.

Cette étude peut être un point de départ pour les milieux hospitaliers afin de cibler les points à surveiller lors de la prise en charge de tels patients.

4.3 Description de l'étude 3

Lewis, L. F., & Jarvis, L. (2019). Undergraduate nursing students' experiences and attitudes towards working with patients with opioid use disorder in the clinical setting : A qualitative content analysis. *Nurse Education Today*, 73, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.001>

Le devis de cette étude est qualitatif. Le but était d'analyser les expériences des étudiants ayant travaillé avec des patients dépendants aux opioïdes. L'analyse a été effectuée en regard des attitudes des étudiants, de leurs perceptions, de leur préparation et de leur regard envers cette population. Les questions de cette recherche étaient les expériences et les attitudes des étudiants envers ces patients et le fait de savoir si ces derniers se sentent prêts à prendre en charge de telles situations. Cette étude a été réalisée dans une université publique de Nouvelle-Angleterre. Des affiches ont été publiées dans les bâtiments de l'école et sur le campus. Une annonce a également été faite afin de prévenir les étudiants et de trouver des volontaires qui avaient été confrontés à ce genre de situation. L'échantillon final est composé de onze étudiantes infirmières de dernière année ayant entre vingt-deux et vingt-trois ans. L'échantillonnage probabiliste s'est fait par choix raisonné (infirmières en dernière année et ayant été en contact lors des stages avec des patients dépendants aux opiacés).

En ce qui concerne la collecte de données, des entretiens semi-structurés ont été effectués individuellement. Ils ont été filmés et transcrits mot à mot afin de ne pas perdre d'informations. Les entretiens ont duré jusqu'à la saturation des données, lorsque plus aucune nouvelle information venait des étudiantes.

La méthode d'analyse de Krippendorff par regroupement a été utilisée afin de mettre en évidence les thèmes qui se rejoignaient dans les entretiens. Les chercheurs font des déductions à partir des transcriptions des enregistrements. Ces éléments ont permis d'identifier la signification des expériences mais également leur sentiment de préparation pour la suite de leur formation et de leur vie professionnelle. Les thèmes repérés ont été décomposés en unités, jusqu'à ce que tous les éléments retranscrits aient été analysés. Les résultats ont été discutés avec les étudiantes, afin d'avoir leur ressenti sur l'étude et ces résultats. Elles ont jugé les éléments représentatifs de ce qu'elles avaient vécu.

Les principaux éléments qui ressortent de cette étude sont que les étudiantes infirmières ne sont pas préparées à travailler avec une population de personnes dépendantes. En effet, dans la pratique, elles ne sont pas à l'aise avec ces personnes et ne savent pas

comment communiquer de manière adéquate avec eux. Les soignants diplômés ont un impact important sur les étudiants, car n'ayant pas une formation particulière sur cette population, ils apprennent sur le terrain avec l'équipe soignante. Plusieurs stéréotypes sont ressortis dans les entretiens, tels que le fait que les patients n'ont pas de douleur mais recherchent seulement des opioïdes.

4.3.1 Validité méthodologique

Le devis qualitatif de cette étude est justifié en raison des entretiens semi-structurés et approfondis avec les différentes étudiantes. Les données ont été analysées de manière approfondie et identifiées par rapport à des thèmes qui revenaient souvent. Cette méthode d'analyse de données permet de faire ressortir les points-clés et de cibler les éléments qui se répètent dans les entretiens.

Les biais de cette étude pourraient être une crainte de la part des étudiantes qui n'oseraient pas exprimer des éléments observés en stage ou observés des soins irrespectueux. Bien que lors de la signature du consentement, il a été précisé que leurs réponses n'auront aucune conséquence sur leurs résultats académiques, il est possible que leurs réponses puissent être biaisées.

Il est important de relever que l'échantillon est limité et est constitué d'étudiantes en soins infirmiers. Cette étude n'est pas généralisable à des hôpitaux valaisans du fait de son origine (Nouvelle-Angleterre), de la diversité de la structure analysée et du nombre de personnes ayant participé aux entretiens.

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les principaux thèmes qui ressortent de cette étude sont les dilemmes éthiques, le fait de se sentir à l'aise avec le temps et l'expérience, ne pas éviter la personne et ses troubles, apprendre par des scénarios entre étudiants, être témoins de discrimination lors de la prise en charge et reconnaître les préjugés sur cette population. Ces éléments peuvent amener tous les soignants à y porter une attention particulière lorsqu'ils rencontrent des patients dépendants aux opioïdes ou à d'autres substances. Il est intéressant de remarquer que, selon cette étude, peu de cours sont dispensés sur cette population, ce qui peut amener à une méconnaissance des particularités de ces personnes.

Les conclusions de cet article indiquent à tous les professionnels quels sont les éléments auxquels il faut porter une attention particulière afin de partir sur de bonnes bases.

L'échantillon n'est pas composé de professionnels diplômés, ce qui ne permet pas de généraliser cette étude. Cependant, les résultats restent intéressants afin d'avoir une base pour prendre en charge ce type de personnes et ne pas les juger avant cette dernière.

4.4 Description de l'étude 4

Kimmel, S. D., Rosenmoss, S., Bearnot, B., Larochele, M., & Walley, A. Y. (2021). Rejection of Patients With Opioid Use Disorder Referred for Post-acute Medical Care Before and After an Anti-discrimination Settlement in Massachusetts. *Journal of Addiction Medicine*, 15(1), 20-26. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000693>

L'objectif de cette étude de cohorte, de devis mixte, est de déterminer la fréquence à laquelle les patients souffrant de dépendance aux opioïdes sont rejetés des établissements de soins post-aigus en raison de leur addiction. Le deuxième but était d'évaluer l'impact du règlement anti-discrimination introduit par le procureur des USA, datant de mai 2018 sur le taux de rejet de cette population. Le rejet étant le refus d'hospitalisation en centre post-aigu. Ce règlement a été mis en place en raison de la discrimination et du rejet de certains patients ayant été objectivée dans différents hôpitaux du Massachusetts.

La méthodologie utilisée a été de lier les orientations électroniques vers les établissements médicaux secondaires (post-aigus) du Boston Medical Center en 2018 avec les données cliniques des patients. Les renvois, avec preuves, concernant les patients dépendants aux opioïdes et autres substances ont été ajoutés aux premiers éléments cités précédemment. Les renvois ont été vérifiés avec leur diagnostic en fonction du CIM-10 (pour évaluer dans ce cas la dépendance) et les patients sous traitement de substitution également. Les chercheurs ont identifié la fréquence des aiguillages lorsque la raison des refus était la consommation ou les traitements de substitution. Ces éléments ont été classifiés comme discriminatoires. Une régression segmentée a été employée afin d'évaluer la proportion des changements dans les rejets, en lien avec le nouveau règlement. Deux examinateurs ont lu les commentaires des rejets dans le but de sous-catégoriser les contenus en lien avec la consommation de substances, comme notamment la dépendance à l'alcool, la cocaïne, l'héroïne, le fentanyl, les benzodiazépines, les drogues injectables et toutes autres substances addictives. Une catégorie contenant tous les rejets non « justifiés » a également été prise en compte afin d'évaluer ce qui n'entrait pas dans le système informatique des hôpitaux. Les médecins participant à l'étude ont regroupé les diagnostics (infection aiguë, neurologie, pneumologie, etc.) sur la base d'un jugement clinique.

L'analyse de ces données a été effectuée de la manière suivante : un calcul de la moyenne, de la fréquence et de la proportion des caractéristiques de cette cohorte. Un second calcul concernant la fréquence et la proportion du contenu discriminatoire justifiant

les rejets au niveau de l'hospitalisation, de l'orientation et de l'établissement a été réalisé. Au niveau de l'orientation, les chercheurs ont classé les rejets par catégorie de consommation de substances, elle-même sous-catégorisée en méthadone et buprénorphine, naloxone ou consommation de substances autres. Ensuite, une division en vingt-six intervalles de deux semaines a été réalisée. Et pour finir, ces périodes ont été séparées en deux sections (pré-intervention et post-intervention) après la mise en place du règlement anti-discriminatoire.

Les principaux résultats obtenus ont révélé que les patients hospitalisés pour des troubles liés à la toxicomanie sont très souvent victimes de discrimination explicite. Ces personnes sont rejetées des établissements ou subissent des commentaires négatifs en lien avec leur consommation. De plus, les taux de rejet n'ont pas changé avant et après la mise en place du règlement contre la discrimination de cette population. Les 219 hospitalisations ont donné lieu à 1648 renvois vers 285 établissements (soit une moyenne de 7,5 renvois par hospitalisation). Parmi ces orientations, 81,8% (1348) ont été rejetées.

4.4.1 Validité méthodologique

Cette étude de cohorte est statistique et longitudinale afin de comprendre les pratiques d'admission et de rejet des patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances. C'est la première étude concernant les pratiques discriminatoires. Les données d'un système électronique unique d'orientation vers les soins post-aigus ont été analysées. Toutes ces données ont permis des évaluations en profondeur qui ne sont pas forcément accessibles dans tous les hôpitaux. Le fait d'inclure la documentation écrite, justifiant les rejets, amène des informations supplémentaires et donne plus de validité à l'étude. En effet, ces éléments ne sont pas souvent utilisés dans des études, car ils sont destinés aux gestionnaires des hôpitaux et aux assurances. De plus, le fait d'avoir utilisé une analyse de régression segmentée pour évaluer l'impact du règlement anti-discriminatoire augmente la rigueur de la méthodologie de cette étude.

Cependant, cette étude comporte des limites. Effectivement, elle a uniquement analysé un hôpital et son réseau de soin. De plus, l'analyse de commentaires des justifications de rejets peut contenir des biais car les établissements peuvent inscrire des raisons « acceptables » telles que le manque de lits et justifier de cette manière un rejet découlant du fait que le réel motif ne peut pas être indiqué, ce dernier étant discriminatoire. Enfin, les infirmiers chefs s'occupant de l'aiguillage peuvent être influencés par leurs expériences, ou par des situations désagréables vécues et peuvent donc être amenés à refuser tout patient souffrant de trouble lié à l'utilisation de substances nocives. Cette

étude n'a donc pas de validité externe car elle n'est pas généralisable à un hôpital suisse, par exemple, en raison de sa provenance.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude de cohorte soulèvent de nombreux points à développer dans la prise en charge et la suite de soins des patients toxicomanes. En effet, tant au niveau politique que médical, les droits des patients à avoir accès à des soins égaux ne sont pas respectés. La mise en place d'un règlement contre ce type de pratique n'a pas changé le fait que ces personnes font face à de réelles injustices et ne sont pas égales aux autres patients. Cette étude révèle une attitude discriminatoire normalisée, entraînant un faible accès aux soins de cette population.

Bien que cette étude ne soit pas généralisable, elle amène à une réflexion sur la prise en soins de ces patients. Il serait donc intéressant de mener une étude similaire dans les hôpitaux suisses afin d'évaluer la discrimination de ces personnes. Tous les éléments ressortis peuvent amener à une réflexion afin de ne pas normaliser la discrimination.

4.5 Description de l'étude 5

Wurcel, A. G., Yu, S., Burke, D., Lund, A., Schelling, K., Weingart, S. N., & Freund, K. M. (2020). Implementation of a Patient-Provider Agreement to Improve Healthcare Delivery for Patients With Substance Use Disorder in the Inpatient Setting. *Journal of Patient Safety*. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000721>

Le devis de cette étude est mixte et longitudinal. Le but est de comprendre quels sont les obstacles à une bonne prise en charge de patients qui dépendent d'une substance nocive. Un autre objectif est celui d'objectiver l'incidence sur les résultats obtenus avec un patient, en utilisant l'entente entre le soignant et le patient sur la prise en charge de la douleur du patient toxicomane. Cette étude a été réalisée à Boston dans le Massachusetts, dans l'hôpital universitaire « Tufts medical center ». Cet établissement a le plus haut indice de mixité des cas dans les hôpitaux aigus du Massachusetts. L'échantillonnage de cette étude s'est fait de manière probabiliste. Il est composé de 60 cliniciens, 30 infirmières, 8 médecins et 52 patients. Les personnes ont été sélectionnées selon le motif de leur hospitalisation (pathologie/traumatisme + dépendance à une substance) pour les patients, et selon leurs expériences avec ce type de personne pour les professionnels de la santé. Ils ont été contactés par courrier électronique.

La collecte de données s'est faite de deux manières différentes. Dans un premier temps, en juin 2017, les cliniciennes des différents services de l'hôpital ont reçu des e-mails et ont suivi une formation, en personne, concernant l'utilisation de l'accord sur la douleur et la dépendance (qui est un outil utilisé pour la prise en charge de la douleur des patients toxicomanes). Les autres participants ont reçu, après le début de l'étude, des enquêtes qui comprenaient des questions, fermées et ouvertes, sur l'utilité et l'efficacité de l'accord sur la douleur et la toxicomanie. Toutes les données ont été collectées entre janvier et décembre 2017. Des paramètres quantitatifs ont été objectivés afin d'analyser l'impact qu'a l'accord sur la toxicomanie et la douleur entre le patient et le soignant. Les doses de traitement de réserve reçues la nuit ont été identifiées comme un facteur majeur de stress pour les cliniciens, pouvant être relié à un conflit avec les patients. Ces éléments ont été calculés afin de pouvoir objectiver par des chiffres l'impact de la discussion et l'accord des soins sur la prise en charge de la douleur.

L'analyse des données s'est faite en comparant les changements dans les taux moyens d'antalgie de réserve reçue avant la mise en œuvre de l'accord entre la douleur et la toxicomanie, par rapport à celle reçue après cet accord. La moyenne mobile de cinq mois a été utilisée pour la valeur pré-intervention. L'évaluation, avant et après la proposition de

prise en charge avec l'entente patient et soignant, a été effectuée à l'aide de statistiques comparatives.

4.5.1 Validité méthodologique

Cette étude de devis mixte et longitudinale se justifie par les données qualitatives et quantitatives récoltées. Les données statistiques comparatives ont été effectuées avec le test de Student. 54% des cliniciens ont répondu au premier questionnaire avant la mise en place de l'outil d'évaluation entre le patient et le soignant et 51% ont répondu après la mise en place de celui-ci. Il est important de savoir que la majorité des cliniciens connaît cet accord de soin et, selon les retours reçus, la moitié l'avaient utilisé. 61% de tous les répondants ont exprimé avoir confiance en la sécurité des consommateurs de drogue à l'hôpital. En revanche, 72% des répondants ont confié avoir plus confiance en ces patients après avoir osé parler de la dépendance avec ces derniers en utilisant l'accord sur la prise en charge de la douleur. Selon les réponses obtenues, les soignants ont observé un changement sur la prise en charge de la douleur et le temps consacré à cette dernière sur ce type de population. Les patients et les soignants ont reporté une diminution des conflits lorsque la prise en charge est clairement exprimée et discutée.

Bien que la validité interne de cette étude soit très intéressante, il n'est pas possible de généraliser cette étude à d'autres hôpitaux ou d'autres pays tels que la Suisse. En effet, cette étude s'est déroulée dans un seul hôpital dans le but d'améliorer les soins et les prises en charge en lien avec la population qui y est souvent rencontrée.

Divers biais peuvent être relevés. Le premier serait que les personnes ayant réalisé cette études et ceux qui y ont répondu travaillent pour le même hôpital. De ce fait, il est possible que certaines réponses soient biaisées, de manière à ne pas donner une image négative de l'hôpital. Bien que les participants aient été informés qu'il n'y aurait pas d'impact de ce projet sur leur vie professionnelle, il est nécessaire d'en être conscient.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude, bien qu'ils ne soient pas généralisables, révèlent de nombreux éléments pouvant péjorer une bonne prise en charge infirmière. En effet, dans un premier temps, la crainte de parler de la toxicomanie avec les patients entraîne une première barrière à la communication soignant/soigné. Après la mise en place de l'outil de discussion entre les deux partis, ont exprimé une baisse des conflits liés à l'administration de traitements antalgiques. Il est important de relever que cet outil permet de « briser la

glace » et d'introduire le sujet de la dépendance et des traitements administrés. Si le patient comprend sa prise en charge, qu'il sait quel traitement il peut recevoir ou non et quels sont les objectifs, il peut donner son avis et devient actif dans sa prise en charge en connaissant les limites des dosages et des traitements que les infirmières peuvent administrer.

Il est donc utile pour la pratique professionnelle de s'intéresser à cet outil afin d'arrêter le tabou des traitements médicamenteux administrés en milieu hospitalier aux toxicomanes. Ce document peut être une base pour les autres hôpitaux afin de discuter du sujet de la prise en charge en milieu aigu de la douleur des patients dépendants.

4.6 Description de l'étude 6

Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>

Cette dernière étude est une étude transversale, de devis qualitatif descriptif. Son objectif est de rendre compte d'une étude norvégienne pilote en examinant les connaissances infirmières en matière de prise en charge de la douleur ainsi que de leurs compétences à traiter cette dernière chez des patients qui dépendent des opioïdes. Cette étude s'est déroulée en Norvège occidentale dans deux services médicaux et orthopédiques de deux hôpitaux publics différents. En ce qui concerne l'échantillonnage, les infirmières ont été sélectionnées en fonction des différents services décrits précédemment. Les critères d'inclusion étaient les infirmières diplômées étant en contact régulier avec des patients abusant d'opioïdes. Il n'y avait aucun critère d'exclusion. Elles ont reçu des informations verbales et écrites sur cette recherche et ont décidé d'y participer. Il y a eu 181 questionnaires distribués et 98 sont revenus (pourcentage de 54% de réponses). La présente étude a été validée par l'autorité compétente dans le domaine de l'éthique. Les questionnaires ont été réalisés de manière à conserver l'anonymat des participants.

En ce qui concerne la collecte des données, un questionnaire auto-administré a été utilisé pour commencer cette étude. Celle-ci concernait les compétences auto-déclarées des infirmières. Les questions rejoignaient celles de l'étude norvégienne, étude qui a inspiré cette recherche. Quatre parties construisaient ce questionnaire : les variables sociodémographiques comme le sexe, l'âge, le service, le temps de travail et l'expérience en tant que professionnel avec des patients dépendants aux opiacés. La seconde partie était dédiée aux sources de connaissances des infirmières, avec huit questions concernant les sources utilisées par ces dernières pour trouver des informations sur la douleur et la dépendance aux opioïdes. La troisième partie était portée sur la douleur, son évaluation, sa gestion et sa prise en charge ainsi que sur les différents traitements disponibles. La dernière section était reliée à l'objectif de cette étude, en s'intéressant aux attitudes de ces professionnels envers la toxicomanie, la dépendance et la perception qu'elles avaient de cette prise en charge. Concernant, les parties trois et quatre présentées précédemment, les réponses étaient données sur une échelle de Likert à cinq catégories (tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord et ne sait pas).

4.6.1 Validité méthodologique

L'analyse de fréquence, les scores totaux et la corrélation des rangs de Spearman ont été les méthodes d'analyse de données. Dans le but de déterminer le facteur contribuant en priorité à la compétence, une analyse de régression multiple a été effectuée. Ensuite, trois catégories ont été créés afin d'analyser et d'interpréter les éléments plus facilement ; l'auto-évaluation de la compétence par les infirmières, les compétences des infirmières et les sources de connaissances de ces dernières. Pour poursuivre l'analyse des données, les échelles à cinq réponses possibles ont été réduites en échelle de Likert de trois catégories (pas du tout/à un certain degré/un peu beaucoup, excessivement). Dans un objectif similaire, les échelles à cinq catégories pour l'auto-évaluation des compétences infirmières ont été transformées en une échelle à trois catégories (d'accord et pas d'accord/incertain, et d'accord/pas d'accord/ne sait pas).

Le questionnaire a été construit afin que les termes « d'accord » et « pas d'accord » ne puissent pas être modifiés, constituant la réponse exacte voulue par les infirmières. Celles qui répondaient par « incertain » correspondaient à la réponse incorrecte. Les soignants qui n'avaient pas d'opinion ont été jugés comme n'ayant pas de connaissances suffisantes sur le domaine questionné. Les réponses dites correctes ont obtenu le score de un et les incorrectes celui de zéro. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de statistique SPSS Statistics 19.

Un pré-test a été effectué dans le but d'adapter le questionnaire final. Les questions ont été réajustées car certaines étaient jugées trop personnelles ou difficiles à répondre. Le groupe d'infirmières ayant testé ce formulaire a validé les modifications effectuées. Les scores de compétences sont un indice formatif où les indicateurs forment une construction sans aucune hypothèse sur les modèles d'intercorrélation entre les éléments. La cohérence interne n'est donc pas impliquée.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude a des limites. En effet, le questionnaire pour la collecte de données n'a pas été validé par une méthode test et re-test. L'échantillon constitué d'infirmières d'une seule région ne permet pas d'élargir les résultats de cette recherche à un niveau international. Le nombre de participants est faible, ce qui limite également la généralisation. La crainte face aux réponses et à une image de mauvaise prise en charge dans ces hôpitaux peut également induire un biais.

Néanmoins, les résultats de cette étude, quant à la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes et à l'attitude des infirmières sont importants. Les analyses indiquent que la connaissance des infirmières, en matière de prise en charge et de douleurs des patients souffrant d'addiction aux opioïdes, est insuffisante. Une majorité des infirmières pensait que ces patients exagéraient leur douleur, l'exprimaient de manière inexacte et étaient malpolis lorsqu'ils parlaient des antalgiques de base administrés. Une certaine méfiance envers cette population a été identifiée. Une grande partie de l'échantillon pensait que les opioïdes administrés lors de l'hospitalisation contribuaient à la dépendance des personnes prises en charge.

L'expérience sur le lieu de travail est le principal lieu pour que les infirmières se forment avec cette population. En effet, selon elles, peu de cours sont dispensés lors de la formation sur la dépendance et la douleur. Les livres et articles existants n'ont joué qu'un rôle limité dans l'amélioration de leurs connaissances.

4.7 Synthèse des principaux résultats

L'étude menée par Horner et al., (2019) a permis de mettre en évidence six thèmes qui se retrouvaient dans les entretiens avec les infirmières. Cette étude rapporte que les soignants connaissent, d'un point de vue général, les éléments complexes à la prise en charge des patients dépendants, mais qu'il est nécessaire de mettre en place des outils d'évaluation de la douleur et de sa prise en charge. En effet, le fait qu'il n'y ait pas de protocole ou d'outil d'évaluation précis, chaque intervenant agit selon son expérience et ses connaissances propres. De ce fait, les informations et indications données aux patients ne concordent pas toujours, ce qui peut donc amener à des conflits.

La seconde étude réalisée par Bohm et al., (2019b) a indiqué qu'il était primordial de connaître la dépendance et ses complications en matière d'évaluation et de traitement de la douleur. De plus, les différentes attitudes, selon les médecins contactés par les infirmières ambulancières durant les interventions, ne permettaient pas de comprendre clairement les prises en charge qui étaient jugées parfois inadéquates et stigmatisantes, la douleur n'étant pas toujours traitée. Les infirmières ont indiqué qu'il était nécessaire de pouvoir disposer d'un protocole pour elles-mêmes, mais aussi pour les médecins qui gèrent les situations d'urgence afin de pouvoir disposer d'une compréhension et d'une logique dans les traitements, indépendamment du médecin présent lors des soins d'urgence.

L'étude menée par Lewis & Jarvis (2019) a permis de mettre en évidence que les étudiants étaient influencés par les personnes avec qui ils travaillaient, dans l'évaluation de la douleur et de la prise en charge. Il a été noté qu'ils n'avaient pas de cours spécifiques durant leur formation et que chaque soignant s'adaptait et avait sa propre croyance ou manière de faire avec les personnes dépendantes. Cette conclusion identifie le fait que la formation n'est pas complète en ce qui concerne la dépendance, ceci entraînant une prise en charge inadaptée et des fausses croyances qui se répètent dans le temps.

La quatrième étude (Kimmel et al., 2021) et la sixième (Krokmyrdal & Andenæs, 2015) se rejoignent également dans leurs résultats. En effet, il est indiqué que les infirmières n'ont pas d'outil ou de protocole leur permettant de pouvoir évaluer correctement leurs patients. Le résultat est clair ; les patients sont souvent discriminés et rejetés en raison de leurs addictions. Le manque de connaissance, d'outil d'évaluation et donc le jugement infondé de ces personnes sont les éléments-clés qui ressortent de ces deux études.

L'étude de Wurcel et al., (2020) évalue l'avant/après l'utilisation d'un outil auprès des patients toxicodépendants. La base de cet outil est de présenter et de discuter avec le patient de sa prise en charge, des traitements possibles et des limites d'administration d'antalgie selon leur dépendance. Cette étude a révélé que cela a permis de parler plus facilement de la dépendance avec les patients et ainsi de diminuer les conflits par la suite. Les infirmières ont confié qu'elles évitaient le sujet de la toxicomanie lorsqu'elles n'avaient pas cet outil, car c'était un sujet tabou. La compréhension et la compliance des traitements ont permis d'améliorer la qualité des prises en charge.

5 Discussion

5.1 Discussion des résultats

Cette revue de la littérature a comme objectif de répondre à la question de recherche suivante : « Quel est l'impact des stéréotypes infirmiers sur la prise en charge de la douleur en milieu hospitalier des patients toxicodépendants ? »

Les résultats obtenus après l'analyse des articles choisis mettent en évidence divers éléments ayant un impact direct sur la prise en charge de ce type de patient. Le fait que les infirmières n'aient pas de formation théorique et pratique suffisante sur la toxicomanie, ses particularités et en particulier l'évaluation et la gestion de la douleur de ces patients est un premier obstacle. Ensuite, il a été observé que chaque soignant fait selon son vécu, son expérience et pas toujours par rapport à des recherches scientifiquement validées, ce qui fait perdurer de fausses croyances sur les toxicomanes (effet de halo, biais cognitif, etc.). Le manque de protocole influe également négativement la situation, car les infirmières se retrouvent face à des situations auxquelles elles n'ont pas l'habitude d'être confrontées et elles doivent parfois improviser n'ayant pas suffisamment de connaissances. La revue de la littérature de Morley et al., (2015) rejoint les résultats obtenus des analyses précédemment présentées. En effet, cette étude révèle que les infirmières ont besoin de soutien et de formation dans le domaine de la prise en charge des patients dépendants. Les stéréotypes et les stigmates existent encore, bien qu'il y ait une prise de conscience générale sur les impacts de la toxicomanie et des problèmes cliniques potentiels qui peuvent être rencontrés lors d'une hospitalisation en milieu somatique, tels que l'hyperalgésie induite par les opiacés et la tolérance aux antalgiques.

Une autre méta-analyse, réalisée par Miller et al., (2017) avait pour but d'analyser la relation entre les infirmières et les patients dépendants, car la discussion sur la prise en charge de la douleur est complexe. Le point-clé du motif de réalisation de cette étude a été l'augmentation de l'abus de traitements antalgiques. Le principal résultat de cette étude est que la prise en charge de la douleur des patients toxicomanes est un sujet délicat, même parfois tabou à aborder. Il en est sorti qu'il serait primordial de développer l'éducation par la formation des professionnels en matière de communication avec les personnes traitées dans les milieux hospitaliers. Cette étude est en accord avec les résultats obtenus lors des analyses des articles et appuie le fait que les patients toxicodépendants et leur douleur ne sont pas adéquatement pris en charge dans les

milieux somatiques, pas uniquement en raison des stéréotypes, mais aussi par les tabous qui englobent le sujet de la toxicomanie et la prise de substances antalgiques.

Un troisième article ayant comme sujet principal le côté éthique des patients sous-traités en raison d'une dépendance va également dans le sens des résultats de cette RL (da Cunha, 2015). En effet, les éléments ressortant de cette étude marquent l'importance du rôle infirmier dans la prise en charge en milieu somatique de la douleur chez des patients toxicomanes. Les principes éthiques de non-malfaisance et d'égalité entre tous les individus sont primordiaux. Ils ne doivent pas être perçus comme des problèmes lorsque ces personnes sont hospitalisées dans des services somatiques.

Il semble que la littérature actuelle soit en adéquation avec les résultats obtenus lors de l'analyse des articles choisis. Il est donc pertinent de dire que les patients dépendants aux drogues ne sont pas égaux face aux patients dits « sains ». Les études choisies ne sont, certes, pas généralisables, mais au vu des résultats qui sont similaires, ainsi qu'avec les articles de sources secondaires choisis pour la discussion, il est pertinent de se poser un tel questionnement. La discrimination ainsi que les stéréotypes existent ; la formation dans ce domaine est insuffisante.

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

En ce qui concerne les études choisies pour réaliser cette RL, quatre d'entre elles font partie du paradigme socioconstructiviste, une du paradigme interprétatif et une du paradigme positiviste. En ce qui concerne les devis, cinq études sont qualitatives et une est mixte, c'est-à-dire qualitative et quantitative. Ceci renforce la qualité et la crédibilité des évidences. Ces sources ont toutes été sélectionnées selon leurs dates de parution (pas avant 2015) ce qui donne un aperçu récent de la recherche. Les plus anciennes études choisies sont de 2015 et trois sont de 2019, ceci permettant d'assurer l'actualité des documents analysés. De plus, les sources, les paradigmes et les devis sont variés ce qui permet de pouvoir collecter des données de tous types et non uniquement du quantitatif ou du qualitatif. Au niveau du domaine éthique, elles ont toutes été approuvées par le comité d'éthique de leur région. Les études comportent tout de même quelques biais (au niveau de l'échantillonnage ou du fait que les participants aux études travaillent pour ceux qui la réalisent ce qui pourrait orienter certaines réponses) ce qui engendre une certaine attention lors des analyses et de l'interprétation des résultats. Les échantillons sont souvent de taille réduite pour analyser les données qualitatives en profondeur ce qui limite la généralisation. Les études choisies restent tout de même acceptables, car le biais

signifie simplement qu'il existe éventuellement des contraintes au niveau des connaissances scientifiques actuelles.

La validité externe de cette RL est effectivement limitée du fait que les études ne sont pas généralisables, en lien avec les échantillons de taille réduite. De plus, les études sont souvent menées dans un seul hôpital ou dans une seule région. Toutefois, l'analyse de la littérature existante à ce jour, concorde et valide les résultats obtenus dans cette RL. Ceci permet donc d'attribuer une validité externe à ce travail.

Les niveaux de preuves des études sélectionnées sont : niveau 2 pour (Krokmyrdal & Andenæs, 2015), de niveau 3 pour (Kimmel et al., 2021; Wurcel et al., 2020) et pour finir de niveau 4 pour (Bohm et al., 2019b; Lewis & Jarvis, 2019). En ayant sélectionné des études qualitatives avec des échantillons limités, les données reçues ont pu être analysées en profondeur, étant en adéquation avec le paradigme qualitatif. Les études ayant des échantillons variés (infirmières, infirmières ambulancières, étudiants infirmiers et médecins) permettent d'obtenir des points de vue de diverses professions ou de niveau de formation, ce qui peut donner des pistes intéressantes sur les éléments à changer (par exemple la formation de base, la communication et l'adéquation des traitements). Ces éléments ont permis de faire des liens entre les patients, les infirmières, les médecins et tout intervenant gravitant autour des personnes prises en charge.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Les études analysées pour ce travail de Bachelor sont récentes, soit entre les années 2015-2020. Quatre des articles choisis sont de discipline infirmière et les deux autres ont été réalisés par des médecins. Les six articles retenus sont des sources primaires. Les articles étant tous en anglais. Ils ont été traduits à l'aide du site internet *DeepL*.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été respectés de manière générale. Un article a intégré le point de vue des médecins afin d'avoir une vision plus globale des soignants.

Aucun des articles choisis n'a été réalisé en Suisse ce qui limite la généralisation aux hôpitaux de la région du Valais. La prise en charge et la population rencontrée peut varier d'un pays à un autre ou d'une région à une autre. Les échantillons sont limités dans le but d'analyser en profondeur les réponses aux entretiens, limitant également la généralisation. Peu de recherches sont faites sur ce sujet qui peut être tabou expliquant la limitation du choix des articles afin de rester dans le thème qui est la prise en charge des patients dépendants ainsi que les stigmatisations que peuvent rencontrer ces personnes.

6 Conclusions

Ce travail a permis de découvrir différents éléments sur la prise en charge de patients usagers de drogues. Ci-dessous sont proposées quelques pistes d'amélioration dans le but de développer la prise en soin de ces personnes afin d'optimiser les soins et la relation soignant/soigné.

6.1 Propositions pour la pratique

En Valais, il est intéressant de savoir que 25% de la population est touchée par un problème lié à l'addiction (Addiction Valais, 2018). Il existe des structures adaptées dans la prise en charge de la toxicomanie en Valais comme la « Villa Flora » à Sierre, qui est une structure de jour prenant en charge les patients présentant des addictions, la « Via Gampel » qui est un centre de traitement où les patients peuvent résider, le « Jardin des Berges » situé à Sion qui accueille les patients dépendants et l'organisme « François-Xavier Bagnoud » qui est une association qui aide différents types de personnes dans le besoin et les patients souffrant d'addictions. Cependant, toutes ces structures, bien que spécialisées, sont des centres adaptés pour des soins non aigus. Addiction Valais propose des formations pour diverses professions, comprenant les professionnels de la santé. Les unités de soins valaisannes en milieux hospitaliers aigus ne sont pas spécifiquement formées dans le domaine des addictions sauf pour les personnes ayant suivi la formation proposée par Addiction Valais.

Au niveau plus général de la Suisse romande, il existe une association « COROMA » (Collège Romand de Médecine de l'Addiction) qui est un réseau spécialisé dans la médecine liée à l'addiction. Diverses professions concernées directement par la dépendance sont liées à ce groupe (médecins, pharmaciens et soignants). Cet organisme propose des séances d'informations destinées aux professionnels impliqués directement dans la prescription d'opioïdes ou dans le suivi de personnes ayant des troubles liés à l'addiction. Les médecins généralistes et les médecins des services d'urgence sont les premiers concernés par ces séances, toutefois, ce ne sont pas les seuls à pouvoir y participer. Les autres professionnels de la santé peuvent également y participer (Romandie Addiction, 2021).

Malgré tout, les sensibilisations qui sont proposées ne sont pas obligatoires et sont suivies selon l'intérêt des soignants. Il peut y avoir une sensibilisation durant les formations, mais elles est non spécifique à la prise en charge de ces personnes en particulier. Au niveau de la pratique, il serait intéressant que les responsables des

services les plus confrontés à ces situations mettent en place des journées de formation et de sensibilisation. Les interventions proposées par ces différents organismes peuvent être intéressantes pour les professionnels afin d'avoir une base et des ressources pour le jour où ils seront responsables d'une situation de ce type.

La formation d'une infirmière diplômée niveau Bachelor ne prépare pas suffisamment une future professionnelle à ce domaine bien qu'elle ait des connaissances dans le domaine de la recherche d'articles pertinents et professionnels. Cette capacité à rechercher est un atout pour les infirmières, mais il n'est, toutefois pas toujours utilisé. L'expérience des autres soignants et leurs attitudes peuvent, comme cela a été le cas dans un des articles choisis, influencer négativement le comportement de l'infirmière et faire perdurer de fausses croyances sur la toxicomanie. Le service de psychiatrie de liaison peut intervenir sur la demande des soignants et contribuer à la prise en charge car, eux, sont formés dans ce domaine. Ils peuvent donc être un atout majeur pour les infirmières et leur donner des conseils en matière de communication, de toxicomanie et d'évaluation de la douleur avec cette population.

En tenant compte des résultats de cette RL et des articles analysés, il serait pertinent de s'intéresser à l'outil présenté dans l'étude cinq, qui est basé sur la communication. La base de cet élément est de discuter avec le patient de son addiction, de l'évaluer et dans un second temps de mettre en évidence les traitements possible et les limites des molécules qui peuvent être administrées. Discuter de l'addiction avec le patient et s'y intéresser permet d'instaurer un climat de confiance entre le patient et l'infirmière. L'évaluation de la douleur doit être systématique et approfondie, un lien de confiance doit être créé entre les intervenants et le patient et l'absence de jugements sur cette maladie est primordial. La mise en place de protocoles est régulièrement demandé dans les articles analysés. Il serait donc intéressant de mettre en place des protocoles pour la prise en charge en milieu hospitalier de la douleur des patients toxicomanes, à l'hôpital du Valais par exemple.

6.2 Propositions pour la formation

Une proposition de formation dans le domaine de la dépendance et de ces spécificités serait un premier point à développer. En effet, il n'y a pas de module particulier ou de cours théoriques sur le patient toxicomane et les éléments pouvant perturber ou interrompre leur séjour à l'hôpital. Les connaissances sur ce sujet se font souvent par après, dans les services, lorsque des situations ont été rencontrées, mais cela est déjà trop tard. Le manque de connaissances sur cette population est ressorti dans les études

analysées. Ce résultat, bien que non obtenu en Suisse peut être un argument de plus afin de former les futurs professionnels de la santé dans ce domaine, dans le but de prévenir les mauvais traitements pouvant être causés par un manque de connaissances théoriques.

Il existe un CAS (Certificate of Advanced Studies) qui propose une formation dans le domaine des addictions et qui se fait de manière postgrade. Cette formation permet de développer les connaissances dans le domaine de la dépendance. Le but de ce CAS est de bâtir une culture commune à tous les professionnels de la santé afin de développer le travail et la collaboration en réseau avec divers intervenants, ceci étant la base d'une bonne prise en charge de ces patients. Cette formation est proposée à l'école de soins infirmier « La Source » de Lausanne.

L'office fédéral de la santé publique propose une formation continue en ce qui concerne les addictions. Ces cours sont destinés aux personnes travaillant avec des individus ayant des addictions diverses. La population ciblée n'est pas composée uniquement de professionnels de la santé, mais également de professions du domaine social ou de la sécurité (assistants sociaux, policiers, etc.).

6.3 Propositions pour la recherche

Les études choisies ne représentent pas des sources généralisables en raison de leurs échantillons en particulier. Le manque de recherches sur le sujet de la dépendance est un premier indicateur mettant en évidence le manque d'intérêt pour cette population. En Suisse, il n'y a actuellement pas de recherches sur la prise en charge des toxicomanes en milieu aigu. Il serait cependant intéressant d'étudier ce sujet en sachant que les infirmières diplômées ne sont pas formées pour ces situations particulières.

La première proposition serait de relever le taux de patients fréquentant les services d'urgence, de médecine ainsi que de chirurgie afin de connaître la proportion de patients dépendants à des substances nocives qui sont pris en charge dans les hôpitaux suisses. Cela permettrait de mettre en évidence ces patients et pourrait justifier une recherche suisse en démontrant l'importance de la fréquentation des patients toxicomanes en milieu sommatif ou sommatif/aigu.

La seconde proposition serait donc de débiter une recherche dans ce domaine en s'inspirant éventuellement de ce qui a été fait dans les études précédentes. Cela permettrait d'avoir une première vision sur la prise en charge des patients toxicomanes en

milieu hospitalier. Une étude qualitative sur les stéréotypes des infirmières entre l'administration d'antalgique et la dépendance pourrait être menée en Valais et apporterait des éléments de réponses pour la pratique.

Ces deux propositions sont liées dans le but de situer les centres et régions les plus touchées par les addictions. Cela serait une base pour débiter la recherche, en Suisse et même en Valais, pour savoir ce qu'il se passe dans les hôpitaux suisses. Les études pourraient être basées sur le point de vue des patients, des différents types de toxicomanies, de la qualité des soins, sur la formation des soignants et leurs expériences. Elles pourraient aussi être longitudinales, en prenant des patients hospitalisés dans le même service à plusieurs reprises.

7 Références bibliographiques

- Addiction Valais. (2018). *Addiction | Valais*. <http://www.addiction-valais.ch/?page=addiction>
- Addiction Suisse. (2020). *Consommation d'opioïdes en Suisse : Chiffres-clés - Faits et Chiffres*. <https://faits-chiffres.addictionsuisse.ch/fr/opioides/chiffres-cles/consommation.html>
- Arcinfo. (2020). *Santé : La moitié des suisses souffre de maux de dos plusieurs fois par semaine ou par mois*. <https://www.arcinfo.ch/articles/lifestyle/sante/sante-la-moitie-des-suissees-souffre-de-maux-de-dos-plusieurs-fois-par-semaine-ou-par-mois-956424>
- ARGOS. (2019). *Addiction, Toxicomanie, Drogue, traitement résidentiel | Argos*. <https://www.argos.ch/liens/>
- Barfety-Servignat, V. (2020). Pourquoi la clinique de la douleur est-elle une clinique de la complexité ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(10), 1008-1012. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.01.013>
- Bioy, A., Sainte-Marie, T., & Delfraissy, J.-F. (2003). Les ECIMUD et leur rôle dans le champ de la réduction des risques en toxicomanie. *Psychotropes*, Vol. 9(2), 31-43.
- Bohm, K., Lund, R., Nordlander, J., & Vicente, V. (2019a). Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. *International Emergency Nursing*, 46, 100779. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.002>
- Bohm, K., Lund, R., Nordlander, J., & Vicente, V. (2019b). Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. *International Emergency Nursing*, 46, 100779. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.002>
- Bové, H. M., Lisby, M., & Norlyk, A. (2020). Do the carers care? A phenomenological study of providing care for patients suffering from alcohol use disorders. *Nursing Inquiry*, 27(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1111/nin.12322>

- Chalan-Latou, B. (2017). *Connaissances et stratégies thérapeutiques dans la prise en charge de la douleur aiguë des patients traités par médicament de substitution aux opiacés : Enquête transversale auprès d'un échantillon de médecins généralistes et internes en médecine générale en Midi-Pyrénées* [Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier]. <http://thesesante.ups-tlse.fr/1908/>
- Couteron, J.-P., & Delile, J.-M. (2019). L'addiction aux opioïdes en France : L'addict et son double ? *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 20(2), 51-54. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2019.02.002>
- da Cunha, B. F. (2015). Ethics and Undertreatment of Pain in Patients with a History of Drug Abuse. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(1), Suppl 4-7, 16.
- Edrom, J., Guérin, R., Griot, W., Smolovic, K., & Villard, F. (2018a). Pour un usage du stéréotype en Histoire. *Hypotheses*, 21(1), 93-102.
- Edrom, J., Guérin, R., Griot, W., Smolovic, K., & Villard, F. (2018b). Pour un usage du stéréotype en Histoire. *Hypotheses*, 21(1), 93-102.
- Evain, A., Rossel, L., & Schmutz, N. (2010). *Toxicomanie : « Rencontre d'un individu, d'un produit, d'une société »* [Master, Université de Genève]. http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2006_2007/travaux/07_r_toxicomanes.pdf
- Fondation Aide Addiction. (2021). *Héroïne*. [raveitsafe. https://www.raveitsafe.ch/fr/?contact_substanz=heroine](https://www.raveitsafe.ch/fr/?contact_substanz=heroine)
- Fonzo-Christe, C. (2006). *Les analgésiques*. <https://pharmacie.hug.ch/>
- Fortin, G. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière éducation.

- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Gouvernement du Canada. (2021). *Stigmatisation entourant la consommation de substances*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html>
- Haute Autorité de santé. (2013). Grade des recommandations [Illustration]. In *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux* (p. 8). https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M., & Wurcel, A. G. (2019). « You're kind of at war with yourself as a nurse » : Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PloS One*, 14(10), e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>
- HUG. (2020a). *Pharmacologie et toxicologie cliniques | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève*. <https://www.hug.ch/pharmacologie-toxicologie-cliniques>
- HUG. (2020b). *Service addictologie aux HUG*. <https://www.hug.ch/addictologie>
- Jaouen, Y. (2015). *Les difficultés liées à la prise en charge du patient toxicomane aux Urgences*. 11.
- Joye, F., Donzé, N., Frochaux, V., Niquille, M., & Selz Amandruz, F. (2013). Drogues récréatives : Le plaisir des complications ? *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-394/Drogues-recreatives-le-plaisir-des-complications>
- Kimmel, S. D., Rosenmoss, S., Bearnot, B., Larochelle, M., & Walley, A. Y. (2021). Rejection of Patients With Opioid Use Disorder Referred for Post-acute Medical Care Before and After an Anti-discrimination Settlement in Massachusetts. *Journal of Addiction Medicine*, 15(1), 20-26. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000693>

- Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction : A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Légal, J.-B., & Delouée, S. (2018). *Stéréotypes, préjugés et discrimination*.
- Leonardon, B. (2020). *Modulation de la transmission synaptique inhibitrice par les récepteurs NMDA dans la corne dorsale de la moelle épinière de souris* [Phdthesis, Université de Strasbourg]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03154803>
- Lewis, L. F., & Jarvis, L. (2019). Undergraduate nursing students' experiences and attitudes towards working with patients with opioid use disorder in the clinical setting : A qualitative content analysis. *Nurse Education Today*, 73, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.001>
- Ligue Suisse contre le rhumatisme. (2021). *Faits et chiffres*. Ligue Suisse contre le rhumatisme. <https://www.ligues-rhumatisme.ch/medias/faits-et-chiffres>
- Merck Sharp. (2021). *Troubles de toxicomanie—Troubles psychiatriques*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-associ%C3%A9s-%C3%A0-la-substance/troubles-de-toxicomanie>
- Miller, L. E., Eldredge, S. A., & Dalton, E. D. (2017). "Pain Is What the Patient Says It Is" : Nurse–Patient Communication, Information Seeking, and Pain Management. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 34(10), 966-976. <https://doi.org/10.1177/1049909116661815>
- Morel, A., & Chappard, P. (2019). *Chapitre 15. Opiacés et addiction* (Dunod). <https://www.cairn.info/addictologie--9782100788408-page-193.htm>
- Morley, G., Briggs, E., & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain : A Phenomenological Study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 701-711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>
- Naudin, D., Salomon-Legrand, C., Margat, A., & Heuze, C. (2020). *Bien débuter—La relation soignant-soigné*. Elsevier Health Sciences.

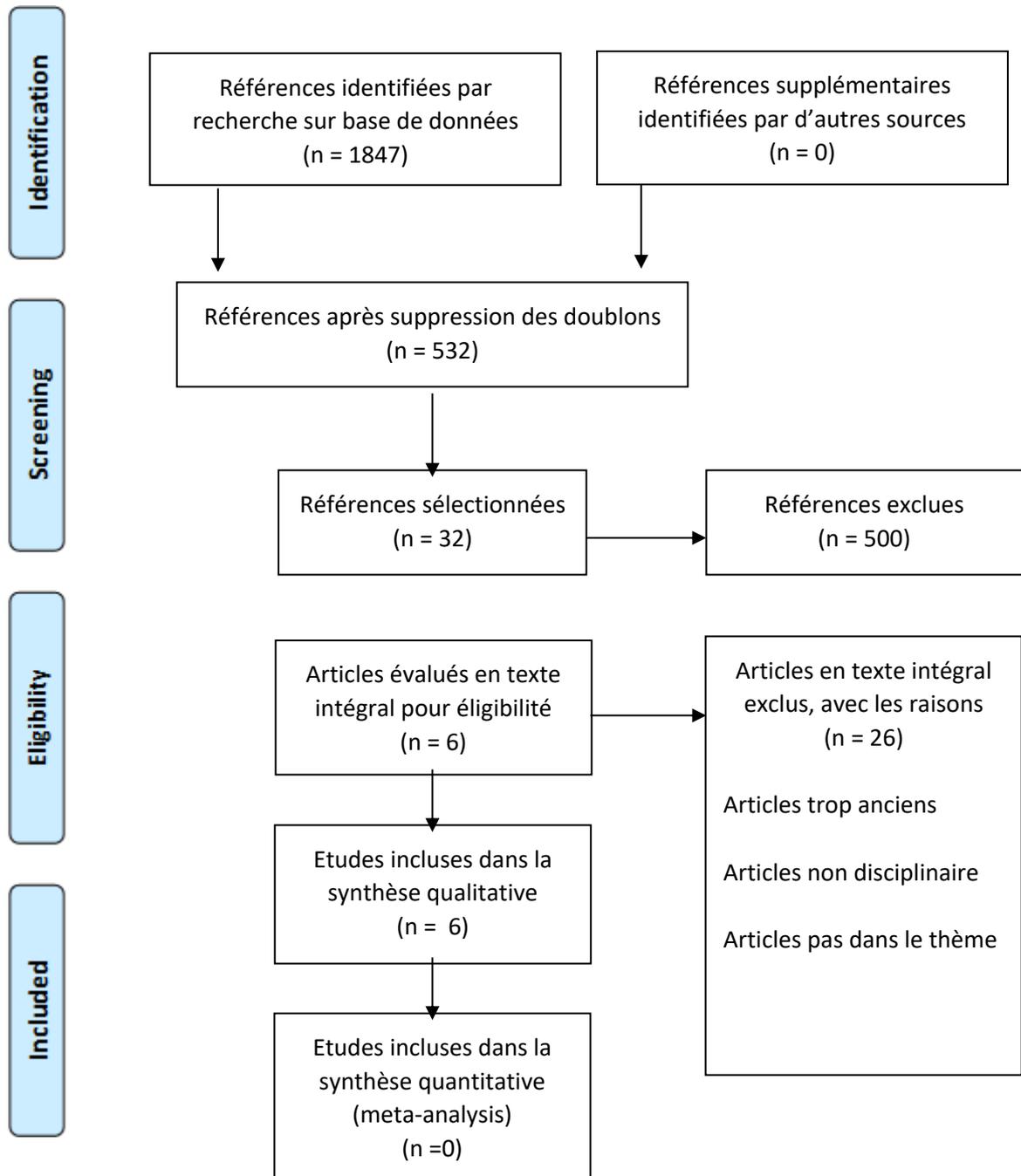
- Netgen. (2017). *La stigmatisation : Un problème fréquent aux conséquences multiples*.
Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-551/La-stigmatisation-un-probleme-frequent-aux-consequences-multiples>
- Netgen. (2018). Gestion de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opioïdes. *Revue Médicale Suisse*.
<https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-612/Gestion-de-la-douleur-aigue-chez-les-patients-sous-traitements-de-substitution-aux-opioides>
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *Syndrome de dépendance*. WHO; World Health Organization.
https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
- Paracelsus Recovery. (2021). *Stigmates et stéréotypes de la toxicomanie*. Paracelsus Recovery. <https://www.paracelsus-recovery.com/fr/blog-fr/stigmates-et-stereotypes-de-la-toxicomanie/>
- Pautex, S. (2017). *Douleur aiguë*. HUG.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Sstrategies/strategie_douleur_aigue.pdf
- Pautex, S., & Piguet, V. (2015). *Douleur aiguë*. HUG.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/douleur_aigue_arce_2013.pdf
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Romandie Addiction. (2021). *COROMA*. <https://romandieaddiction.ch/>
- Service de neurochirurgie - CHUV. (2019). *La douleur chronique*. CHUV.
<https://www.chuv.ch/fr/neurochirurgie/nch-home/patients-et-familles/maladies-traitees/la-douleur-chronique>
- Sourget Cecchella, M. (2019). *Etat des lieux du suivi gynécologique des femmes rencontrées dans les CSAPA (Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et les CAARUD (Centre d'Accueil et*

d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues) en Gironde [Exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier]. <http://thesesante.ups-tlse.fr/2667/>

Wurcel, A. G., Yu, S., Burke, D., Lund, A., Schelling, K., Weingart, S. N., & Freund, K. M. (2020). Implementation of a Patient-Provider Agreement to Improve Healthcare Delivery for Patients With Substance Use Disorder in the Inpatient Setting. *Journal of Patient Safety*. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000721>

8 Annexes

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Gedda, 2015, p. 43)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Étude 1 : Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M., & Wurcel, A. G. (2019). « You're kind of at war with yourself as a nurse » : Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLoS One*, 14(10), e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude qualitative	22 infirmières diplômées venant du centre universitaire « Tufts medical center » à Boston.	Cette étude fait partie d'un projet d'amélioration de la qualité des soins dispensé dans le centre médical universitaire choisi.	La stigmatisation La sûreté et la sécurité	Entretiens individuels semi-structurés, enregistré puis retranscrits.	Entretiens semi structurés + enregistrés + retranscrits. Analyse de théorie ancrée.	Six thèmes sont ressortis (cité dans le cadre de référence).
Niveau de preuve Niveau 3	Échantillonnage Non probabiliste en boule de neige.		Évaluation et traitement de la douleur	Éthique Consentement éclairé validé par tous les participants, oralement avant le début des entretiens.	En premier, modèle traditionnel de théorie ancrée de Birks et Mills	Les infirmières comprennent les difficultés de prise en charge de cette population (douleur, stigmatisation, sevrage).
Paradigme Socioconstructiviste	Infirmières contactées par courriel. Critère(s) d'inclusion Être en possession d'un diplôme en soins infirmiers. Avoir été en contact avec la population cible. Critère(s) d'exclusion -	Question(s) de recherche Non formulée Hypothèse(s) Un probable manque de connaissance pour la prise en charge de patients usagers de drogues.	Communication interprofessionnelle entre les soignants et également les patients Sentiment d'épuisement face à ces prises en charge Possibilités de changements/ amélioration	Anonymat garanti, saut de question si les personnes sont mal à l'aise ou ne veulent pas répondre, possibilité de se retirer à tout moment sans devoir se justifier).	En premier, modèle traditionnel de théorie ancrée de Birks et Mills Ensuite, 2 ^{ème} série d'entretiens avec codage affiné dans le but d'établir et de confirmer les thèmes choisis car ressortis fréquemment lors de la première série d'entretiens. Score Kappa 65%.	Cependant, elles demandent du soutien et des protocoles de la part du centre hospitalier et des médecins dans le but de faciliter les prises en charge, et avoir un guide à suivre commun à tous les soignants.
		Variables VI : Les patients VD : Point de vue des infirmières			Logiciels Non spécifié	Conclusions Nécessaire de former et créer des protocoles afin de limiter la stigmatisation et les prises en charges de mauvaises qualités Limites de l'étude Seulement un hôpital. Petit échantillon, présences de biais.

Étude 2 : Bohm, K., Lund, R., Nordlander, J., & Vicente, V. (2019). Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. *International Emergency Nursing*, 46, 100779. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.002>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif descriptif	Huit infirmières urgentistes (travaillant dans le domaine des ambulances), entre 25 et 60 ans pour varier l'expérience.	Décrire l'expérience des infirmières en matière de prise en charge et de soulagement des douleurs avec des patients toxicomanes.	Infirmières urgentistes Patient dépendants/toxicomanie Douleur et prise en charge infirmières Stéréotypes/ jugement	Entretiens semi-structurés, enregistrés jusqu'à saturation des données, puis retranscrits après relecture aux infirmières des réponses données pour valider les informations.	Analyse de contenu : Approche inductive selon Granehein et Lundman , les chercheurs ont relevés des thèmes qui revenaient régulièrement lors entretiens ce qui a permis de créer des codes selon les éléments ressortis	Manque de protocoles qui complique la prise en charge des patients. Manque de connaissances générales dans ce domaine. Communication difficile entre les intervenants.
Niveau de preuve		Question(s) de recherche	Manque de connaissances/ protocoles			
Niveau 4		Les chercheurs ont sous-entendu que la question de cette recherche était de savoir : « Est-ce que les soignants étaient formés et disposaient de ressources suffisantes pour prendre en charge cette population ? ».	Différence entre les médecins qui interviennent et sont contactés lors des interventions	Éthique	Cela permis d'évaluer les entretiens, les éléments-clés ressortis le plus souvent, et ainsi de pouvoir avoir des thèmes à développer pour cette étude et ses résultats	Conclusions
Paradigme	Échantillonnage probabiliste, stratégique. Infirmières contactées selon le contact fréquent avec cette population.			Consentement écrit reçu et signé avant le commencement de l'étude. Approbation du comité d'éthique de la région concernée.	Logiciels	Nécessité de créer une logique dans la prise en charge, de mettre des protocoles en place pour que chaque intervenant ait le même discours et que les PEC soient les même pour tout le monde. De cette manière, la discrimination pourrait être diminué voir même éliminée lors de telles situations.
Socioconstructiviste	Critère(s) d'inclusion Plus de deux ans de pratiques dans le cadre des ambulances. Avoir eu des interventions reliées à la douleur avec des personnes présentant une dépendance. Critère(s) d'exclusion Pas de contact avec cette population.	Hypothèse(s) Manque d'information sur ce sujet et de protocole. Variabes VI : Expérience des infirmières VD : Patients dépendants			Non spécifié	Limites de l'étude Pas généralisable en raison des biais et de la taille de l'échantillon.

Étude 3 : Lewis, L. F., & Jarvis, L. (2019). Undergraduate nursing students' experiences and attitudes towards working with patients with opioid use disorder in the clinical setting: A qualitative content analysis. *Nurse Education Today*, 73, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.001>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif de contenu	11 étudiants infirmiers de 3 ^{ème} année, ayant entre 20 et 23 ans.	Examiner les expériences des étudiants dans ce domaine (attitude, perception, préparation, regard vis-à-vis de cette population.	Dilemmes éthiques	Entretiens semi-structurés jusqu'à saturation des données.	Méthode d'analyse de Krippendorf par regroupement.	Influence marquée par le comportement des infirmiers diplômés, car pas de cours sur ce genre de prise en charge.
Niveau de preuve	Échantillonnage Échantillonnage raisonné (selon expérience), donc échantillonnage probabiliste.	Question(s) de recherche Quelles sont les expériences des étudiants et leurs attitudes face à cette population ? Se sent-ils prêts en tant que futurs professionnels à prendre en charge ces personnes ?	Se sentir plus à l'aise avec le temps et l'expérience	Entretiens filmés puis retranscrits intégralement.	Les chercheurs ont mis en évidence les thèmes ressortis par déduction, de manière à les décomposer en unités, afin de pouvoir identifier la signification que ces éléments avaient pour les étudiants.	Manque de connaissances et donc de ressources marquées.
Paradigme	Critère(s) d'inclusion Être en 3 ^{ème} années et avoir réussi les modules précédents. Avoir eu une expérience dans le domaine de la prise en charge de la douleur des patients dépendants.	Hypothèse(s) Non formulées	Ne pas éviter la personne dépendante	Éthique Accord consenti des participants après explications sur le but et le déroulement de l'étude.	Les résultats obtenus ont été rediscutés avec les participants dans un deuxième temps pour avoir leurs ressenti sur la fiabilité et la pertinence des éléments ressortissant de cette étude.	Conclusions La stigmatisation était plus marquée dans les services de maternité, mais également dans les autres services.
Socioconstructiviste	Critère(s) d'exclusion -	Variables VI : Attitude des soignants VD : Regard et expériences des étudiants	Apprendre par des situations cliniques/ des scénarios	Expliquer que les participants ont le droit de quitter et de mettre fin à leur entretien à tout moment sans devoir se justifier.	Avoir leurs ressenti sur la fiabilité et la pertinence des éléments ressortissant de cette étude.	Les étudiants ont relevé l'importance de mettre en place des cours lors de la formation dans ce domaine, car ils n'avaient pas de connaissances suffisantes dans ce domaine pour se positionner.
			Avoir été témoins de scènes discriminatives		Logiciels Non spécifié	Limites de l'étude Échantillon non généralisable et biais.
			Reconnaître les préjugés et les stigmas			

Étude 4 : Kimmel, S. D., Rosenmoss, S., Bearnot, B., Larochelle, M., & Walley, A. Y. (2021). Rejection of Patients With Opioid Use Disorder Referred for Post-acute Medical Care Before and After an Anti-discrimination Settlement in Massachusetts. *Journal of Addiction Medicine*, 15(1), 20-26. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000693>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude de cohorte quantitative	219 hospitalisations évaluées	Déterminer la fréquence à laquelle les patients dépendants sont rejetés à cause de leur addiction.	Discrimination	Lier les orientations électroniques entre les établissements, les envois avec preuves de refus concernant l'usage de substance ont été liés au premier élément. Ce qui concernait la dépendance aux drogues (injectables, opiacés, non injectables, ...) ont été classifiés comme discriminatoires lorsque cela constituait un refus écrit. Une catégorie en plus a été ajoutée pour tous les rejets non justifiés.	Calcul de la moyenne de la fréquence et de la proportion des caractéristiques de la cohorte. 2 ^{ème} calcul : fréquence et proportion du rejet avec motif définis comme discriminatoire justifiant les rejets	Les patients sont souvent rejetés en raison de leurs addictions.
Niveau de preuve Niveau 2	Échantillonnage Non probabiliste	Évaluer l'impact de la mise en place d'un règlement anti-discrimination.	Règlement anti-discrimination		Création de catégories pour les motifs de rejets.	Pas de changement de rejet des patients même après le règlement mise en place.
Paradigme Post-positivisme	Critère(s) d'inclusion Patients présentant une dépendance aux opioïdes, aux drogues, ou sous traitement de substitution, 18 ans ou plus, être rejetés ou réorientés.	Question(s) de recherche Quelle est la fréquence de rejet des patients dépendant avant et après la mise en place d'un règlement anti-discrimination ?	Addiction/ toxicomanie		Puis, création de trois intervalles pour les calculs (avant règlement, mise en place du règlement, après le règlement.	219 hospitalisations = 1648 renvois, vers 285 établissements
	Critère(s) d'exclusion -	Hypothèse(s) Les patients sont toujours discriminés.	Traitement de substitution aux opiacés	Éthique Pas de consentements signés car les éléments évalués étaient les logiciels électroniques utilisés dans les hôpitaux pour évaluer les rejets. Étude approuvée par le comité d'éthique.	Moyenne de 7.5 renvois par hospitalisation 81.8% (1348) ont été rejetées.	Conclusions La mise en place du règlement n'a pas eu d'impact sur la discriminations et le rejet des patients dépendant.
		Variables VI : Discrimination VD : Mise en place d'un règlement anti-discrimination	Soins aigus/ post aigus		Logiciels Non spécifié	Limites de l'étude Pas généralisable car une région étudiée. Les biais comme par exemple le fait que le rejet des patients toxicomanes n'est pas justifiés.
			Prise en charge de la dépendance			

Étude 5 : Wurcel, A. G., Yu, S., Burke, D., Lund, A., Schelling, K., Weingart, S. N., & Freund, K. M. (2020). Implementation of a Patient-Provider Agreement to Improve Healthcare Delivery for Patients With Substance Use Disorder in the Inpatient Setting. *Journal of Patient Safety*. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000721>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Mixte (qualitatif et quantitatif)	60 cliniciens 30 infirmières 8 médecins 50 patients	Comprendre les obstacles à une bonne prise en charge de ces personnes. Évaluer l'application d'une formation basée sur la discussion et l'entente entre le soignant et le patient.	Toxicomanie/dépendance Prise en charge de la douleur Réserves reçues	Premier temps : les cliniciennes ont été informées sur la formation douleur et et accord de prise en charge avec le patient avant de répondre au questionnaire, les autres participants l'ont reçu sans la formation et après la formation. Paramètres quantitatifs inclus de manière à appuyer les résultats obtenus.	Comparaison des taux moyens des réserves reçues, avant et après la prise en charge avec l'accord du patient et des soignants. Moyenne mobile de 5 mois pour l'évaluation d'un avant/après la formation. Statistiques comparatives Test de Student	Bon effet de la mise en place de la discussion avec le patient sur sa prise en charge, sur l'information reçue et sur le but et les objectifs et les limites de la prise en charge.
Niveau de preuve Niveau 3	Échantillonnage Probabilistes, choisi selon des critères précis.	Hypothèse(s) Efficacité d'une bonne communication entre le patient et le soignant.	Entente soignant/soigné (formation, brochure)			Conclusions Bien que cette étude ne soit pas généralisable, bénéfique de parler au patient de la dépendance et des limites de prise en charge, en brisant le tabou des antalgiques et de la toxicomanie.
Paradigme Socioconstructiviste et post-positivisme	Critère(s) d'inclusion Motifs hospitalisation en lien avec la douleur et une dépendance existante pour les patients. Expérience avec cette population pour les professionnels.	Variables VI : Application de l'entente patient/soignant VD : Soins prodigués et relation soignant/soigné	Communication entre tous les intervenants Logique de prise en charge acceptée par tous les intervenants	Éthique Acceptée par le comité d'éthique et consentement des participants avant le début de l'enquête.	Logiciels Non spécifié	Limites de l'étude Un seul hôpital, pas généralisable biais possibles dans la collecte des données.
	Critère(s) d'exclusion -					

Étude 6 : Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction : A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif descriptif	98 infirmières diplômées	Rendre compte d'une étude pilote réalisée en amont.	Connaissances infirmières	Questionnaire auto-administré a été utilisé, le même que pour l'étude précédente.	Analyse de la fréquence, des scores totaux	Présence de stigmatisation des patients dépendants par manque de connaissances.
Niveau de preuve Niveau 3	Échantillonnage Non probabiliste	Question(s) de recherche Les connaissances des infirmiers diplômés en matière de prise en charge de la douleur de patients toxicomanes sont-elles suffisantes ?	Toxicomanie	Ce questionnaire concernait les compétences infirmières il était constitué de 4 parties décrites plus précisément dans l'analyse de l'article. Les différentes parties de prise en charge de douleur et de patients dépendants étaient abordées.	Corrélation des rangs de Spearman	Conclusions La formation dans ce domaine est insuffisante, les patients sont victimes de préjugés lors de leurs hospitalisations.
Paradigme Interprétatif	Critère(s) d'inclusion : Infirmiers diplômés Contact avec cette population	Hypothèse(s) Manque de connaissances des professionnelles de la santé sur la prise en charge de la douleur des patient toxicomanes.	Stigmatisation	Éthique Approuvé par le comité d'éthique de la région ou l'étude a été obtenu. Consentements obtenus avant les entretiens.	Déterminer le facteur contribuant en priorité à la compétence infirmière Analyse de régression multiple, Évaluation et réduction des échelles de Likert	Limites de l'étude Un seul hôpital donc pas généralisable.
	Critère(s) d'exclusion -	Variabiles VI : connaissances des infirmières dans ce domaine VD : Prise en charge de cette population	Anxiété face à ces prises en charge		Logiciels SPSS Statistics 19	
			Douleur			
			Antalgie			

Annexe III : Glossaires

Base de donnée : « Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles périodiques. » (G. Fortin, 2016, p. 497)

Biais : « Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude. » (G. Fortin, 2016, p. 497)

Biais d'échantillonnage : « Situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population. » (G. Fortin, 2016, p. 497)

Cadre-conceptuel : « Brève explication fondée sur l'agencement logique d'un ensemble de concepts et de sous-concepts liés entre eux et réunis en raison de leur affinité avec le problème de recherche. » (G. Fortin, 2016, p. 497)

Cadre théorique : « Brève explication fondée sur une ou plusieurs théories existantes se rapportant au problème de recherche. » (G. Fortin, 2016, p. 497)

Cinhal : « Base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé. » (G. Fortin, 2016, p. 497)

Codage : « procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symboles l'information incluse dans un instrument de collecte de données afin d'en faciliter le traitement. » (G. Fortin, 2016, p. 497)

Collecte de données : « Processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude. » (G. Fortin, 2016, p. 497)

Comité d'éthique de la recherche : « Groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques. » (G. Fortin, 2016, p. 498)

Consentement : « Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable le consentement doit être libre, éclairé et continu. » (G. Fortin, 2016, p. 498)

Crédibilité : « Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée. » (G. Fortin, 2016, p. 498)

Critère de sélection : « Liste des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et les critères d'exclusion. » (G. Fortin, 2016, p. 498)

Devis : « Plan logique tracé par le chercheur en vue d'établir une manière de procéder susceptible de mener à la réalisation des objectifs. » (G. Fortin, 2016, p. 498)

Échantillon : « Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude. » (G. Fortin, 2016, p. 499)

Échantillonnage : « Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible. » (G. Fortin, 2016, p. 499)

Échantillonnage non probabiliste : « Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire. » (G. Fortin, 2016, p. 499)

Échantillonnage probabiliste : « Choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon. » (G. Fortin, 2016, p. 500)

Entrevue semi-dirigée : « Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant. » (G. Fortin, 2016, p. 500)

Étude descriptive qualitative : « Type de recherche servant à décrire des phénomènes sans faire appel à une méthodologie qualitative particulière. » (G. Fortin, 2016, p. 500)

Fiabilité : « Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions. » (G. Fortin, 2016, p. 501)

Méta-synthèse : « Démarche rigoureuse qui englobe les résultats d'une série d'études qualitatives afin d'accroître la transférabilité des résultats vers la pratique. » (G. Fortin, 2016, p. 502)

Recherche quantitative : « Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques. » (G. Fortin, 2016, p. 503)

Saturation des données : « Moment dans la collecte de données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène de l'étude. » (G. Fortin, 2016, p. 504)

Source primaire : « Description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même. » (G. Fortin, 2016, p. 504)

Validité : « Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer. » (G. Fortin, 2016, p. 505)

Validité externe : « Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés » (G. Fortin, 2016, p. 505)

Variable : « Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs. » (G. Fortin, 2016, p. 505)