

Addiction et Soin : Entre représentations sociales & Posture professionnelle



Anne Macannuco Renault

Travail de Raisonnement scientifique appliqué au Soin

Promotion 2022 - 2025

Sous la direction de Lisa Djadaoudjee

Mai 2025



**PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE
DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier-e

Travail de fin d'études : TRAVAIL DE RAISONNEMENT CLINIQUE APPLIQUÉ AUX SOINS

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier-e est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel. Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 29 Avril 2025

Signature de l'étudiant :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Avant de vous plonger dans la lecture de mon travail, je vous remercie de prendre un instant pour lire ces quelques lignes. Quelques mots qui ne seront sûrement pas à la hauteur de ma gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué à cet ouvrage.

Ma première pensée va à Lisa Djadaoudjee, ma guidante. Un grand merci de m'avoir accompagnée tous ces mois durant. Grâce à votre expertise, votre bienveillance et votre disponibilité, vous avez m'avez permis d'approfondir mes connaissances et mon questionnement, d'aller bien au-delà de mes attentes. Merci à Emilie Burte, Mélanie Nicolic Josset et Rozenn Lemogne pour leur accompagnement sur l'unité d'enseignement « initiation à la recherche » et leur boîte à outils. Un grand merci à tout le personnel de la Bulle pour leur accompagnement, leur disponibilité et tous les articles qu'ils m'ont permis de consulter. Merci également à ma référente pédagogique, Kélig Auger Duclos.

Un grand merci à mon mari et nos trois loulous pour leur patience, leurs encouragements et leur présence réconfortante. Sans vous et votre soutien infaillible, cette expérience longue de trois ans n'aurait pu se réaliser.

Merci également à ma famille, mes amis et plus particulièrement Angélique, Yannick et Marie Violaine qui ont pris mon relais afin de pouvoir mener à bien ce travail. A ma sœur pour sa relecture et ses précieux conseils. Maman, tes phrases cultes ont souvent résonné en moi pour ne rien lâcher.

Ce travail est l'aboutissement de trois années de formation pendant lesquelles j'ai énormément appris sur moi-même grâce aux enseignements théoriques, mais aussi à toutes les personnes rencontrées lors de mes stages. Cette formation aurait été bien différente si je n'avais pas rencontré Charlotte, Estelle, Manuela et Pierre Yves. Mes compères de jour comme de nuit, toujours à mes côtés depuis notre arrivée sur les bancs de l'école. Merci mes affreux.

A vous tous, mes étoiles ici et là-bas, je vous remercie du fond du cœur.

Sommaire

Remerciements.....	3
Sommaire.....	4
Liste des sigles et acronymes utilisés.....	5
Introduction.....	6
Mes situations de départ.....	7
Du cheminement à l'équation de recherche.....	9
Méthode de recherche documentaire.....	12
La méthode PICO.....	12
Recherche des descripteurs Mesh Hetop.....	12
Réalisation de l'équation de recherche.....	13
Réalisation des recherches et traitement des données.....	13
Résultat de la recherche documentaire.....	15
Présentation de la sélection d'articles.....	15
Mon choix d'article.....	17
Lecture critique approfondie de l'article sélectionné.....	18
Identifier.....	18
Critiquer.....	19
Discussion.....	25
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	33
Annexe 1 : Le cercle de Prochaska et DiClemente.....	34

Liste des sigles et acronymes utilisés

- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- TRECS : Travail de Raisonnement Scientifique appliqué aux Soins
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- PICO : Patient, Intervention, Comparateur, Outcomes (résultats).
- CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
- IMRAD : Introduction, Méthodes, Résultats, Discussion
- MIRSI : Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Introduction

Lors de mes différents stages, mais aussi lorsque j'exerçais en tant qu'auxiliaire de puériculture, j'ai, à plusieurs reprises, été confrontée à des préjugés.

En effet, avant d'intégrer l'Ifsi, j'exerçais dans un service pédiatrique accueillant en grande majorité des enfants polyhandicapés. Lorsque j'énonçais cela dans ma vie personnelle, toute sorte de préjugés en ressortait. Je pensais que cela était propre au public que nous accueillons. Mais, lorsque je me suis retrouvée en tant que stagiaire infirmier, j'ai pu constater que cela concernait tous types de services.

Patients et professionnels de santé étant tout autant concernés.

Lors de transmissions ou de prise en soins, j'ai assisté à des préjugés de divers ordres : raciaux, de genre, d'âge, de sexe ou de statut socioéconomiques.

Les préjugés pouvaient être conscients ou inconscients. Ils font appel à notre vécu, nos émotions, nos valeurs et nos croyances.

Parmi mes valeurs, j'ai à cœur de soigner équitablement chaque individu, qu'importe son milieu social, sa couleur de peau, ses origines ou sa pathologie.

Je me suis donc questionnée sur l'influence de ces préjugés dans nos prises en soins. Est-ce que chaque patient, quel que soit son niveau social, sa culture ou tout simplement son sexe reçoit la même attention qu'un autre ?

Influence ou impact ? J'ai mené des recherches étymologiques. Considérant qu'une influence concerne une capacité à affecter des opinions, des comportements ou une décision, ce terme me semble plus approprié aux situations que j'ai rencontrées. L'influence apporte un aspect qualitatif plus subtile que l'impact qui peut être mesuré.

A mon sens, il est important de repérer les préjugés et de les éclaircir afin que chaque patient puisse bénéficier de la même prise en soins.

En les définissant, nous allons ainsi pouvoir les identifier et éviter des inégalités.

J'ai choisi ce thème car il n'est pas rare d'entendre des phrases du genre « c'est un toxico ! », « Il est OH ! », « ah, des gens du voyage, il va y avoir du monde dans la chambre », « en même temps, il est psy ! ».

Toutes sortes de phrases ou plutôt de raccourcis qui, à eux seuls semblent résumer une situation et conditionner le soignant dans sa prise en soins.

Je me suis questionnée sur l'intérêt de ces phrases ou non dans la prise en soin d'un patient. Est-ce une plus-value ou non de connaître ces éléments ?

On les entend principalement au moment des transmissions, un temps d'équipe où il règne un effet de groupe. Chacune des personnes de l'équipe pluridisciplinaire va y mettre une étiquette en fonction des soins qu'elle doit réaliser au patient.

Afin d'être plus précise dans mes recherches, j'ai décidé d'étudier tous les préjugés liés aux pathologies.

Mon thème de TRECS sera donc tourné sur l'influence des préjugés dans les prises en soins.

Mes situations de départ

En première année, lors d'un stage en service de neurologie, Mr K, un patient sans domicile fixe, toxicomane avait été admis dans le service en post réa. À la suite d'un accident vasculaire cérébral, il était devenu non communicant verbalement. Ne pouvant s'exprimer comme il le souhaitait, dans un milieu qui lui semblait hostile avec un sevrage d'alcool et de drogue, il était extrêmement violent envers lui-même et le personnel soignant. La mise en place de contention avait été prescrite, sans pour autant calmer ses ardeurs.

Chaque soignant interprétait ses actes de violence en évoquant différents motifs : le sevrage, des hallucinations, une envie de fuir....A chaque fois, il était évoqué le fait qu'il soit toxicomane, comme-ci cela conditionnait son mal être et les soins à lui apporter.

J'ai souvenir que lors d'une crise d'agitation, alors qu'il se débattait, Mr K avait réussi à dégonfler son matelas à air, passer ses jambes par-dessus son lit, se retrouvant au passage gisant dans une mare de sang. Devant son agitation, j'avais essayé d'entrer en contact avec lui, d'attirer son regard. De temps à autre j'y parvenais. Je mettais ma main au niveau de son front et j'effectuais des mouvements doux pour l'apaiser faisant totale abstraction de son état physique et psychologique. Par moment je parvenais à le calmer et à d'autres moments, la violence était telle que j'étais contrainte de m'éloigner, me retrouvant comme le reste de l'équipe, impuissante à constater l'étendue des plaies qu'il était en train de se faire.

Le personnel soignant avait du mal à entrer en communication avec lui. Certains ne lui parlant que peu lors des soins de nursing, les abrégeant même à la vue de son état et des odeurs désagréables que cela engendrait.

Tous les soignants n'avaient pas la même empathie à son égard. Certains faisaient preuve de plus de tolérance et de compassion que d'autres. Ils mettaient de côté son addiction, son incurie et son statut socio-économique.

Lorsque j'avais osé entrer en communication avec lui pour l'apaiser et créer une relation très proche, j'avais ressenti diverses émotions et notamment la peur d'être jugée car j'osais dépassée une limite que certains n'avaient pas réussi à franchir.

La seconde situation sur laquelle j'ai voulu travailler s'est déroulée lors de mon premier stage de troisième année.

Mme H avait été admise aux urgences sur récurrence d'alcoolisme. Elle était âgée de 54 ans et consommait de l'alcool de manière journalière en plus ou moins grosse quantité.

A plusieurs reprises, elle est arrivée aux urgences avec des taux d'alcoolémie très élevés, nécessitant une hospitalisation sur une mise en danger personnelle. Après une auscultation aux urgences, elle est à chaque reprise transférée vers le service UHCD où j'effectue mon stage. Elle y séjourne une ou deux journées pendant lesquelles elle effectue un sevrage d'alcool. Face à un refus de soins supplémentaires dans un centre adapté, elle rentre à domicile. Son logement est insalubre, elle présente un état d'incurie et divers signalements ont été émis par la mairie ainsi que son environnement proche afin de mettre en œuvre une mesure de protection.

Sur ces temps d'hospitalisation, peu de soins sont prodigués à Mme H. Il y a une surveillance de ses constantes, du score de Cushman, la pose d'une hydratation par voie veineuse périphérique et l'administration de Valium en cas de besoin. En dehors de ces contacts, elle est prostrée dans son lit, somnolente ou endormie. Elle est bien connue de l'équipe soignante. Certains l'ont même déjà croisée ivre en dehors du cadre hospitalier et évoque ces éléments lors des transmissions.

Les soignants effectuent les soins prescrits, mais il existe une sorte de lassitude face à la situation. Comme-ci les cartes étaient jouées à l'avance et que la globalité de sa prise en soins était connue ; sevrage de deux jours, retour à domicile, nouvelle alcoolisation, ré hospitalisation. Le côté relationnel est peu présent.

Au décours de l'une de ses hospitalisations, j'ai tenté de discuter avec elle afin de comprendre sa situation et de pouvoir l'aider. Mais, Mme H est dans le déni de la situation. L'investissement des soignants face à cette impuissance s'en ressent, générant des prises en soins et des transmissions écourtées.

Mon questionnement face à ces situations concerne l'usage des toxiques et les biais que cela engendre dans la relation soignant-soigné.

Est-ce que le fait de connaître la consommation habituelle d'un patient et ses antécédents influencent la prise en soin relationnelle ?

Du cheminement à l'équation de recherche

Pour le démarrage de mon Trece, j'ai rédigé une première question basée sur l'ensemble de ces éléments : En quoi les préjugés dans les soins influencent-ils la relation soignant – soigné ?

Autant de termes qui restaient assez vagues et qui nécessitaient que j'applique la méthode de l'entonnoir pour épurer ce questionnement et me permettre d'être plus précise dans mes recherches d'articles.

Je suis tout d'abord passé par la définition de la relation soignant - soigné et ce que je voulais y mettre.

Ce qui m'intéressait, c'était de travailler sur la relation de soins et plus particulièrement l'aspect relationnel puisque c'est ce que j'apprécie le plus dans mon futur métier. En travaillant sur le Trece, j'avais à cœur d'y mettre du sens et d'approfondir mes connaissances pour mon futur poste. Avec ce premier questionnement, j'ai pu éclaircir ma question de recherche et la préciser ainsi : En quoi les préjugés dans les soins influencent-ils les soins relationnels ?

J'ai commencé à effectuer quelques recherches avec ce thème, mais il restait vague et ne me permettait pas d'être assez précise. Dans les différents articles que j'avais pu consulter par rebond, je voyais souvent apparaître le terme d'alliance thérapeutique. C'est un regroupement de deux mots ; alliance et thérapeutique.

Selon le Larousse, le terme alliance vient de « allier » (étymologie alligare : attacher, mettre avec). « L'alliance consiste en l'union, en un accord par engagement mutuel intervenant entre des pays ou des personnes. » Le terme thérapeutique est ici employé en tant qu'adjectif. Il vient compléter l'alliance. Le Larousse nous apprend qu'il vient du grec therapeutikos, de therapeuein qui signifie soigner. Il fait état de tout ce qui est relatif au traitement des maladies.

En regroupant ces deux termes, on envisage le partenariat entre le soignant et le soigné ainsi que la notion de soin.

Par le biais du site internet Cairn, j'ai pu consulter une définition de Mateo (2012) : « Collaboration mutuelle, partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir des objectifs fixés. ». Il semblerait également que Freud soit le premier à avoir employé ce terme en 1913. Il voulait insister sur l'importance d'une alliance forte entre un patient et son thérapeute.

Ce terme, d'abord appliqué dans le milieu de la psychanalyse a ensuite été démocratisé et notamment par Carl Rogers (1989) qui définissait des qualités importantes comme l'empathie, l'authenticité ou la chaleur humaine pour pouvoir la pratiquer.

Sébastien Dupont (2020) évoque lui trois dimensions importantes : les objectifs clairs, les engagements de chacun, la qualité du lien. Il insiste sur la capacité d'écoute du soignant, de non-jugement et sa disponibilité. Mais également sur la vulnérabilité que peut ressentir le patient et l'importance de préserver sa dignité.

J'ai donc décidé de remplacer le soin relationnel par l'alliance thérapeutique.

Cette question restait toutefois imprécise et trop large. Lors d'une guidance collective où j'avais pu exposer mon thème et notamment le fait que mes patients avaient des antécédents de consommation de toxiques et que c'était ce qui générait les préjugés de mes situations, il m'a été soumis l'idée d'indiquer cela dans mes phases de recherche. J'ai donc peaufiné à nouveau mon questionnement en ce sens : En quoi la connaissance par l'IDE des antécédents de consommation de toxiques par le patient influence-t-elle l'alliance thérapeutique ?

Le terme « antécédents de consommation de toxiques » est assez évasif et méritait lui aussi d'être approfondi. Chacun des patients de mes situations présentaient une addiction. Il me semblait donc plus approprié de recourir au terme « addiction ».

L'addiction, selon le Larousse, peut se définir comme étant « un processus par lequel un comportement humain permet d'accéder au plaisir immédiat tout en réduisant une sensation de malaise interne. Il s'accompagne d'une impossibilité à contrôler ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. » J'aimerais également évoquer la définition de l'INSERM qui met en évidence le caractère pathologique de cette pratique : « Les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères. »

Cottencin and Bence (2016) affirme cette définition et évoque l'addiction comme « une maladie chronique et récidivante et que le craving¹ n'est pas une simple tentation mais un phénomène neuro psycho biologique indépendant du fonctionnement cortical ». Les auteurs insistent aussi sur le caractère contradictoire de l'addiction.

Le patient perd sa liberté au profit de la dépendance, mais en continuant à être acteur de ses soins (acceptation ou refus), il retrouve cette liberté. L'empathie dans ces situations est

¹ Terme importé des Etats-Unis, venant du verbe « to crave » qui signifie « avoir terriblement besoin », « avoir très envie », « être avide de ». (*Le Craving, Symptôme de L'addiction - Addict Aide - le Village des Addictions*, 2017)

importante, car elle permet de recrée ce cadre de liberté en acceptant le point de vue du patient et son choix de guérison. Cela favorise la motivation et l'efficacité.

De nombreux articles en sont ressortis, mais ils restaient imprécis à mon sens. Bon nombre d'entre eux faisaient état d'un nouveau terme : « les représentations sociales ». Dans son ouvrage « la pensée sociale », Guillaume Guimelli (1999) définit une représentation sociale comme étant « une connaissance de sens commun, dont la spécificité réside dans le caractère social des processus qui les produisent. Elles recouvrent donc l'ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné. » Il fait même appel au terme de « théories naïves », « des constructions plus ou moins élaborées, mais qui s'opposent à celles de l'expert ou du scientifique. ». Les représentations sociales sont assimilées à des pensées sociales. C'est un concept qu'Emilie Durkheim avait développé en 1898 et qui mettait en évidence l'importance du lien social, nous permettant ainsi de créer une véritable signification et symbolisation des situations vécues.

Après ces lectures et une guidance individuelle, j'ai choisi de préciser ma question de recherche pour aboutir à cette dernière :

En quoi les représentations sociales de l'IDE face à l'addiction d'un patient influencent-elles l'alliance thérapeutique ?

Par le biais de cette question, j'approfondis mes connaissances sur l'alliance thérapeutique, tout en la mettant en lumière. J'aborde également des notions de sociologie à travers les représentations sociales. Je centre l'ensemble sur un patient en difficulté qui nécessite autant de « care » que de « cure ».

Méthode de recherche documentaire

La méthode PICO

A partir de ma question de recherche, j'ai utilisé la méthode PICO afin de préciser chacun des termes et de pouvoir optimiser mes recherches.

Cette méthode permet de définir le Patient (P), l'Intervention (I), le Comparateur (C) et les Outcomes (O = résultats).

- Patient : à qui s'adresse l'intervention, la méthode à appliquer ?
- Intervention : cherche-t-on des renseignements sur un traitement médicamenteux, un traitement physique, une action d'éducation à la santé ?
- Comparaison : à quoi éventuellement doit être comparée l'intervention décrite ci-avant ? Méthode de référence, alternative ?
- Outcomes : issue clinique, pratique recherchée ?

Voici donc ma question sous cette forme :

- Population : Les patients
- Intervention : Les représentations sociales de l'infirmière face à l'addiction d'un patient
- Comparateur : Non consommateurs ou consommation non connue
- Outcomes (résultat) : L'impact sur l'alliance thérapeutique

Afin de pouvoir effectuer mes recherches d'articles sur PubMed, j'ai utilisé HeTop pour obtenir des descripteurs Mesh².

Recherche des descripteurs Mesh Hetop

Population : Les patients

Terme anglais : inpatients

Descripteur MeSH : Persons admitted to health facilities which provide board and room, for the purpose of observation, care, diagnosis or treatment.

² Thésaurus biomédical publié et mis à jour par la National Library of Medicine (US), et utilisé pour l'indexation des références bibliographiques de MEDLINE/PubMed.

Intervention (ou exposition) : Les représentations sociales de l'infirmière face à l'addiction d'un patient

Terme anglais pour la consommation de drogues : Drug abuse

Descripteur MeSH : Substance related disorders, Substance UseDisorde, Addiction, Substance, Substance Uses, addictive behavior, drug

Terme anglais pour les représentations sociales : social représentations

Descripteur MeSH : nurses perceptions, nurses attitudes, healthcare professionals'beliefs

Comparaison (ou témoin) : Non consommateurs ou consommation non connue

Outcome (effet) : L'impact de cette connaissance sur l'alliance thérapeutique.

Terme anglais : Therapeutic Alliance

Descripteur MeSH : Therapeutic Alliance, professional patient relations, patient provider relationship, therapeutic relationship, nurse-patient relationship Influence

Terme anglais : impact, affect

Réalisation de l'équation de recherche

J'ai repris chacun de ces termes en y appliquant des booléens pour soit additionner les termes, soit permettre au moteur de recherche de faire des choix avec ces termes.

Avec tous ces éléments, voici mon équation de recherche :

Inpatients AND (« Substance related disorders » OR «Substance Use Disorde » OR Addiction OR Substance OR «Substance Uses » OR « addictive behavior » OR « drug dependence » OR alcoholism) AND (« social representations »OR « nurses perceptions » OR « nurses attitudes » OR «healthcare professionals' beliefs ») AND (« Therapeutic Alliance » OR « professional patient relations » OR « patient provider relationship » OR « therapeutic relationship » OR «nurse-patient relationship Influence ») AND **impact OR affect**

Réalisation des recherches et traitement des données

J'ai appliqué cette équation de recherche sur le site de PubMed, ce qui m'a permis de consulter de nombreux articles. J'ai choisi de me concentrer sur Pubmed car il représentait à mon sens le moteur de recherche scientifique le plus fiable et le plus large. C'est une véritable base de données scientifiques.

Afin de consulter des données récentes, j'ai appliqué un filtre supplémentaire ; articles de moins de 10 ans. Je n'ai pas souhaité appliquer de filtres en termes de langue de rédaction car je voulais une base de données assez large et la consultation en anglais me convenait. De plus, je souhaitais que les termes de mon équation de recherche puissent aussi bien se retrouver dans l'abstract que dans le corps de texte.

J'ai également conservé des articles d'ordre international, toutefois, j'ai respecté des cultures à peu près similaires à la nôtre pour ne pas fausser l'analyse.

Selon les revues, j'ai également consulté l'impact factor afin de recueillir des données fiables, approuvées dans la communauté médicale scientifique de manière internationale.

J'ai eu accès à de nombreux articles, j'ai consulté les « abstracts » afin de voir la concordance avec mon sujet. La bibliographie de certains articles m'a également permis d'aller en consulter d'autres, plus récents ou plus en relation avec mon sujet. Certains articles étaient inconsultables en entier sur PubMed. De ce fait, j'ai également utilisé Google Scholar ou le site intranet de la bulle pour y avoir accès gratuitement.

Afin de faciliter mes recherches et mes lectures, je me suis créé un tableau pour synthétiser ces dernières et y revenir facilement.

Voici la trame que j'ai utilisé :

Titre	Niveau de preuve	Langue	Typologie	Méthodologie	Lecture	Résumé	Points clés	Utilité

J'ai également réalisé une fiche de lecture par article afin de relever les points suivants et de pouvoir exploiter facilement chacun d'entre eux :

- Référence bibliographique
- Résumé de l'article
- Points clés et arguments
- Méthodologie (Type d'étude, échantillonnage, outils et instruments utilisés, techniques ou méthodes d'analyse utilisées pour interpréter les résultats)
- Critiques et appréciation personnelle

Résultat de la recherche documentaire

Présentation de la sélection d'articles

A la suite de ces recherches, voici les 3 articles que j'ai retenu.

1.1. Article 1 : “Stigma of addiction and mental illness in healthcare: The case of patients' experiences in dental settings”

C'est un article publié dans le journal Plos One 3 en mai 2017. Il a été rédigé par Mario A.Brondani , Rana Alan et Leeann Donnelly. L'objectif de cet article consiste à explorer les façons dont la stigmatisation peut être vécue par les patients ayant des antécédents de dépendance et de maladie mentale dans le milieu de la santé et notamment des soins dentaires.

A travers une étude qualitative, réalisée au Canada, par le biais d'un guide d'entretien, les auteurs étudient le ressenti des patients addicts dans le cadre des soins dentaires. Les entretiens étaient semi-structurés. Ils ont porté sur 25 résidents de centres de traitement communautaires âgés de 23 à 67 ans (17 hommes et 8 femmes). Les patients consultaient principalement pour des soins à caractère d'urgence.

L'article met en avant les aspects positifs et négatifs de la connaissance de leur pathologie dans leur parcours de soins et toutes les conséquences que cela engendre. Lorsque les patients se sentent stigmatisés, ils ressentent une forme d'exclusion dans la prise de décisions face aux soins. Ils se sentent impuissants et déplorent cette impuissance.

A l'inverse, les expériences positives font ressortir de l'empathie, de l'assurance, une communication adaptée et une prise en considération de leur personne, ce qui génère de l'empowerment. Cela se définit comme étant une participation, une autonomisation et l'émancipation du patient dans son parcours de soins.

Bien que réalisé sur un faible échantillon, cette étude est intéressante, car elle démontre l'importance de la compréhension des modes de vie ou des addictions des patients afin de réduire la stigmatisation. En réduisant la stigmatisation, on renforce la confiance entre les soignants et les soignés. Les patients se sentent davantage en confiance et accèdent plus facilement aux soins.

³ Méga revue scientifique qui propose une édition quotidienne en ligne. Nécessite un Peer review pour les publications. Impact Factor 2,9

1.2. Article 2 : “Stigmatization of people with addiction by health professionals : current knowledge.”

L'article a été publié dans le journal Drug and Alcohol Dependence Reports⁴ en octobre 2023. Les auteurs sont Anthony Cazalis, Laura Lambert et Marc Auriacombe. Ils sont chercheurs affiliés à l'Université de Bordeaux. Ils sont également membres de l'équipe Addiction, Sommeil, Addictions et Neuropsychiatrie qui est une unité mixte de recherche du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) et de l'Université de Bordeaux. Ils exercent au sein du Pôle inter établissement d'Addictologie de Bordeaux.

L'article est une revue de littérature établie sur une base de données ; PubMed, Scopus et PsycINFO. Dix-neuf revues pertinentes ont été évaluées pour relever les attitudes et croyances des professionnels de santé envers les patients addicts. Cette étude démontre que 20 % à 51 % des professionnels de santé entretiennent des attitudes ou croyances négatives à l'égard des patients addicts. L'étude est intéressante car elle met en lumière l'influence du manque de connaissances et de formations vis-à-vis de l'addictologie sur les croyances négatives. L'étude évoque aussi le fait que des croyances négatives, un manque de temps ou de soutien chez les professionnels de santé sont corrélés à une moindre implication dans les soins. L'importance du travail en équipe pluridisciplinaire y prend tout son sens.

Tous les troubles liés à l'addiction engendrent de la part des soignants des attitudes plus négatives envers les patients et leur prise en soin. Il y a toutefois une évolution des mœurs face à cette pathologie et par conséquent, une diminution des stigmatisations.

1.3. Article 3 : “Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. “

Cet article a été publié dans le journal Substance Abuse and Rehabilitation ⁵ en 2018. Les auteurs sont R. Hammarlund, KA. Crapanzano, L. Luce, L. Mulligan et KM. Ward. Ils appartiennent au département de Psychiatrie de Louisiana. C'est une revue de littérature qui synthétise et analyse les études existantes sur l'effet de l'auto-stigmatisation et de la

⁴ Journal international qui publie des recherches sur les toxiques ; drogues, alcool et tabac. Nécessité de peer review pour les publications. Impact Factor 3,9

⁵ Journal international en ligne, nécessitant un peer review pour les publications. Impact Factor de 5,1

stigmatisation dans la prise en soin des patients addicts. La collecte des données a été réalisée à partir de bases de données scientifiques retrouvées sur PubMed, Scopus et PsycINFO. Les données relevées sont d'ordre international. Toutefois, j'ai fait le choix de le conserver car il y avait toute une partie dédiée à l'Europe. J'appréciais aussi de pouvoir m'enrichir de données provenant de pays pionniers dans les soins comme le Canada.

L'article examine l'impact de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation sur la décision des individus souffrant de troubles liés à l'usage de substances de rechercher un traitement. Les auteurs constatent que la stigmatisation est fréquemment citée comme un obstacle pour l'accès aux soins.

La revue est intéressante car elle permet de mettre en parallèle le point de vue des patients et des soignants. A première vue, elle apporte également des pistes d'amélioration afin de mieux comprendre l'effet de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation sur la recherche de traitement.

Mon choix d'article

Pour réaliser ma lecture critique d'articles, j'ai choisi de me concentrer sur celui qui avait le plus fort impact factor : l'article 3. En d'autres termes, je voulais un article fiable. J'appréciais également qu'il s'agisse d'une revue de littérature au vue de son niveau de preuve. Cela me permettait d'avoir une synthèse de plusieurs études déjà menées auparavant.

Il traite l'addiction des patients envers l'alcool, ce qui représente un vrai sujet de santé publique et correspond totalement à ma question de recherche. A travers mon treds, je voulais aborder une notion concernant l'ensemble de la population et apporter ma participation, aussi infime soit elle, sur un sujet concret, d'actualité qui me tenait à cœur. Comme nous avons pu le voir lors des enseignements de santé publique, travailler sur ce thème permet à la fois d'aborder des notions de prévention, d'amélioration d'accès aux soins et de réductions des inégalités. De plus, j'apprécie le travail en équipe pluridisciplinaire et cela me semble être un atout pour explorer un thème de santé publique.

Cet article était aussi celui qui représentait, à mon sens, le plus l'alliance thérapeutique. En effet, il reprenait le point de vue soignant et soigné, et plus particulièrement la stigmatisation et l'auto-stigmatisation.

Lecture critique approfondie de l'article sélectionné

Identifier

1.1. L'objectif de l'article

L'objectif de cet article est d'analyser l'impact de la stigmatisation sur les décisions de recherche de traitement chez les individus ayant des troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool. Il explore également les effets de la stigmatisation sociale (perception du jugement par les autres) sur ces mêmes décisions et propose des pistes de solutions pour réduire la stigmatisation et faciliter l'accès aux soins.

1.2. Identification rapide

- **Titre :** Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders
- **Titre au format PICO :**
 - ✓ P : Patients souffrant d'une addiction
 - ✓ I : Stigmatisation et auto-stigmatisation
 - ✓ C : Pas de comparateur
 - ✓ O: Influence sur leur prise en soins
- **Auteur(s) :** Il s'agit de femmes exerçant aux Etats Unis. Rebecca Hammarlund (Chercheuse en psychologie clinique), Kathleen A. Crapanzano (Professeure de psychiatrie et directrice de programmes de traitement des addictions), Lauren Luce (Psychologue clinicienne), Lauren Mulligan (Spécialiste en santé publique), Kathleen M. Ward (Infirmière clinicienne spécialisée en psychiatrie). Leur milieu d'exercice est donc en lien avec l'étude qu'elles ont choisies de mener. Le côté pluridisciplinaire permet de compléter les différentes approches. Les auteurs précisent qu'elles ne bénéficient pas de conflit d'intérêt.
- **Source de financement :** L'article ne mentionne pas de source de financement.
- **Source :** Substance Abuse and Rehabilitation, 2018:9 115–136. Il s'agit d'un journal international en ligne qui exige un peer review pour une publication. Son impact factor était de 5,1 en juin 2024, ce qui en fait une revue de qualité, régulièrement citée dans la littérature scientifique mondiale. Sur l'article, il n'est pas mentionné les dates de

soumission, d'acceptation et de publication en ligne de cet article. Nous savons juste qu'il a été publié dans la revue en 2018.

- **Bibliographie** : La bibliographie est complète puisqu'elle compte 84 articles sources datant de 1993 à 2017 dont la grosse majorité sont après 2010. Elle reste donc récente par rapport à la date de publication de l'article.
- **Résumé** : Il est structuré et résume l'article en quelques lignes. Il stipule l'état actuel des connaissances et définit l'objectif de l'étude. Il évoque brièvement les résultats de l'étude et ses limites. On peut relever la méthode IMRAD dès le résumé.
- **Mots clés** : Ils sont présents sous forme d'expression, au nombre de 4. Ils sont adaptés à l'article et permettent une identification aisée lors de recherche sur PubMed. Ceci, si l'on applique la mise en place de guillemets pour s'assurer de retrouver la même expression.
- **Structure de l'article** : L'article respecte bien la méthode IMRAD (Introduction, Méthodes, Résultats, Discussion)

Critiquer

1.1. Critiquer l'introduction

Un état des lieux des connaissances est réalisé, avec l'évocation de chiffres. Cela nous permet de comprendre que l'addiction est un problème de santé publique dans le monde entier. Concernant la consommation d'alcool, l'article évoque le fait que 16% des personnes de plus de 15 ans avaient participé à des épisodes de forte alcoolisation au cours de l'année 2014.

Dans l'introduction, les auteurs citent également des travaux antérieurs et la limite de ces derniers. Avant de définir les objectifs retenus pour cette nouvelle étude, les auteurs prennent le temps de définir les termes de stigmatisation. Notamment, en détaillant son aspect social, publique, l'auto-stigmatisation et les préjudices encourus. Cela permet d'approfondir les termes pour la méthode PICO utilisée afin de rédiger les objectifs.

L'objectif de l'étude est ensuite clairement énoncé : « Fournir une analyse plus large de la littérature sur l'impact de la stigmatisation sociale et de l'auto-stigmatisation perçues sur les décisions de traitement. »

1.2. Critiquer la méthode

L'article est une revue de littérature, ce qui signifie qu'il représente un haut niveau de preuve. Pour rédiger l'article, les auteurs ont rassemblé et analysé des recherches existantes d'un point de vue mondial sur l'impact de l'auto-stigmatisation et de la stigmatisation sociale perçue sur la prise en soins des personnes addicts.

Les auteurs font état de leur méthode de recherche. Ils ont utilisé les bases de données de Pubmed, Scopus et Psycinfo qui sont des outils fiables pour la recherche scientifique, particulièrement en médecine, en sciences sociales et en psychologie. Ils ont démarré les recherches en 2016 avec une première équation de recherche puis ils nous expliquent qu'ils ont approfondi cette équation de recherche pour aboutir à plus de résultats fiables. Voici leur équation de recherche : (shame OR "social stigma" OR self-stigma OR stigma) AND "substance-related disorders" OR "drug abuse" OR "drug dependence" OR "alcohol abuse" OR "alcohol dependence" OR addiction OR "substance abuse"

Dans cette équation de recherche, on notera la présence des termes Mesh et l'utilisation de booléens.

Ils précisent également qu'une réactualisation des recherches a eu lieu en 2018 pour être au plus près de la date de publication de l'article. Cette actualisation a du sens et permet d'avoir des données très récentes.

Grâce à cette méthode, 5952 articles ont été trouvés sur les bases de données précédemment citées et 187 à travers d'autres sources (total de 6139 articles). Tous les doublons ont été éliminés, il en est de même pour les articles rédigés dans une autre langue que l'anglais. Les auteurs n'ont pas appliqué de sélection géographique, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble.

Dans un premier temps, les auteurs ont consulté le titre et le résumé puis le corps des articles. Tous les documents type articles d'opinion, résumés de conférence etc ont été supprimés de la base de données. Pour autant, certains autres articles avec un faible niveau de preuve ont été conservés, ce qui permettait, d'après les auteurs, d'en effectuer une critique constructive. Des concepts similaires à la stigmatisation telle que la honte ou la gêne ont également été retenus dans la lecture des articles. L'objectif de la sélection des articles était de voir apparaître les concepts de stigmatisation et de recherche de soins dans le cadre d'une dépendance (inclusion des substances illicites, mais exclusion de la nicotine). Le cadre de la recherche reste donc assez large.

L'ensemble des auteurs a pu participer à cette sélection. L'article nous permet de comprendre la méthode d'extraction à l'aide d'un schéma faisant état des périodes d'identification, de dépistage, d'éligibilité puis d'inclusion.

Suite à cela, 64 articles ont été retenus : 31 articles qualitatifs dont l'objectif était d'extraire l'approche d'analyse et 33 articles quantitatifs dont l'objectif était d'extraire des outils de mesure. Les informations de chaque article ont été extraites dans un tableau afin de synthétiser les références, les lieux, la taille de l'échantillon, les caractéristiques démographiques des participants, les concepts mesurés et leurs résultats. Grâce à ce tableau,

on peut aisément comptabiliser la provenance des articles et se rendre compte que la grande majorité proviennent des Etats Unis ou de pays anglophones. C'est un élément dont nous devons tenir compte dans la lecture de cette revue, bien que la France et les pays anglophones aient des similitudes culturelles. Il y a également quelques articles provenant de recherches effectuées au Canada, qui est un pays assez pionnier dans les soins à la personne. C'était une des raisons pour lesquelles j'avais voulu conserver cet article. En effet, nous avons vu dans nos apports théoriques que la démarche qualité dans les soins étaient arrivés assez tardivement en France, alors que les Etats Unis et le Canada avaient été pionniers en 1912 et 1958.

La méthode semble claire, cohérente et adaptée à l'objectif que les auteurs s'étaient fixés. On mesure pleinement le travail de recherche puis de sélection.

Concernant le design de l'étude, il s'agit d'une revue narrative. Elle présente et analyse des recherches antérieures et permet d'avoir une vue d'ensemble sur un sujet et de dégager des tendances générales. Cependant, comme elle ne suit pas de protocole systématique strict (comme dans une revue systématique ou une méta-analyse), elle peut être moins structurée et plus subjective. L'étude cherche à identifier les barrières et les impacts psychologiques associés à la stigmatisation. L'étude ne repose pas sur des expériences directes, des enquêtes ou des observations, mais uniquement sur des données publiées.

1.3. Critiquer les résultats

Afin de nous présenter les résultats, les auteurs nous partagent dans un premier temps les tableaux précédemment cités puis, ils exploitent ces tableaux et en font une analyse.

La partie résultats de l'article est assez dense, elle fait référence aux divers tableaux sans corréler réellement les articles entre eux.

Il y a différentes définitions de la stigmatisation reprise à travers les différentes études, ce qui rend difficile la comparaison entre les situations vécues par les patients. Certaines fois, il s'agit de la stigmatisation côté soignant, de la stigmatisation institutionnelle, sociale ou de l'auto-stigmatisation. Il conviendrait peut-être d'effectuer une comparaison entre chaque catégorie et non de manière générale afin de recueillir une analyse plus précise.

La majeure partie des études retenues sont des études transversales. Pour rappel, nous avons étudié dans notre programme de formation que les études transversales étaient des études descriptives permettant d'observer un phénomène au sein d'une population à un moment donné. Les informations sont donc recueillies sur une brève période. C'est une méthode de recueil assez simple mais qui ne permet pas d'avoir un suivi sur du long terme.

Lorsque l'on étudie les tableaux en détail, on s'aperçoit que certaines études ont utilisés de faibles échantillons. Ces études perdent en fiabilité puisqu'elles ne représentent qu'une partie infime de la population.

Bien que les articles soient culturellement assez similaires du fait de leur provenance, il convient de souligner que les systèmes de santé varient d'un pays à un autre. Ainsi, il semble difficile d'effectuer un comparatif entre un système de santé européen de type mixte⁶ comme on peut le retrouver en France et un système de santé de type libéral et privatisé comme on peut le rencontrer aux Etats Unis. L'article ne fait de distinguo entre les différents pays. Dans cet article, on apprend également que certains pays utilisent des registres pour enregistrer les consommateurs de drogues. Les patients fuient le système de santé non pas par crainte de la stigmatisation mais par crainte des conséquences.

D'autre part, il est également probable qu'il existe des biais de publication. En effet, les auteurs des différentes études retenues cherchent à démontrer un lien de cause à effet entre la stigmatisation et l'absence de recherche de traitement, donc d'alliance thérapeutique. Dans le cas contraire, il est peu probable qu'une publication d'articles soit effectuée. Cela génère donc un biais dans la synthèse des résultats.

La partie résultats apporte bon nombre d'éléments sur l'influence de la stigmatisation dans la recherche de soins concernant les personnes addicts. Toutefois, il conviendrait peut-être de distinguer d'une part les types d'addiction, les types de stigmatisation mais également de s'adapter à chaque milieu culturel afin de pouvoir effectuer une analyse plus précise.

1.4. Critiquer la discussion

La partie discussion reprend les éléments évoqués dans la partie résultats et notamment l'aspect mitigé de l'influence de la stigmatisation dans la recherche de soins. Elle reprend de nouveau bon nombre de pourcentages, ce qui rend la lecture moins fluide.

Elle relève les limites de l'étude. Notamment dans le fait que les différentes études n'appliquaient pas forcément la même signification aux termes étudiés. Elle apporte une nouvelle notion de lecture. En effet, elle propose de ne pas juste quantifier la présence ou non de stigmatisation dans la prise en soins, mais d'aller plus loin et d'en mesurer l'impact

⁶ Système de santé qui repose principalement sur un modèle bismarckien (les cotisations sociales étant prélevées sur les salaires). L'Etat est le principal garant, grâce à l'assurance maladie. Le financement repose sur des financements d'ordre public (assurance maladie) et privé (mutuelle etc...). Ce système de santé offre une couverture pour l'ensemble de la population.

qualitatif. Elle admet que la fréquence ne représente pas forcément la variable la plus intéressante.

La partie discussion est riche en concepts infirmiers et notamment sur la notion d'intimité. Souvent, on pense à l'intimité corporelle. Or, ici, on l'aborde sous l'angle de la maladie et le fait que certains patients, par pudeur, refuse de dévoiler leur addiction. Cela crée donc un biais dans l'exploitation des résultats. N'avouant pas leur maladie, de peur d'être montrés du doigt, ils ne recherchent pas de traitements ou de soins. De ce fait, ils ne sont pas comptabilisés dans les études menées.

Les auteurs émettent une critique sur l'utilisation des données transversales et notamment lorsque les patients se sentaient stigmatisés pour des raisons multiples. Par exemple, le fait d'être enceinte et consommatrice ou le fait d'être séropositif et consommateur. Effectivement, à travers ces études, il semble difficile de distinguer si le ressenti du patient est lié à sa consommation ou sa situation personnelle. Cela crée un biais supplémentaire dans l'analyse.

Outre ces critiques, les auteurs valorisent une étude longitudinale. Cette étude démontrant une influence moindre de la stigmatisation, cela permet de se questionner sur la fiabilité des résultats.

Avec un ensemble de résultats mitigés, les auteurs émettent un avis négatif face à l'ampleur du travail de recherche, de sélection et d'interprétation des résultats. Ils supposent que cela provient du manque de définition des termes et notamment dans la provenance de la stigmatisation. Provient-elle de l'institution, de l'opinion publique ou du patient lui-même ? Bien que ces trois soient intimement liées. Pour autant, les auteurs ne proposent pas de nouvelles méthodes de recherche qui pourraient, à l'avenir, étayer leurs recherches.

La fin de la partie discussion offre une ouverture intéressante. En effet, pour avoir des mesures fiables de l'influence de la stigmatisation sur la prise en soins, les auteurs pensent qu'il serait intéressant de connaître le stade de prise en soins des patients. Sont-ils au début ou en cours de prise de soins depuis de nombreuses années ? Un autre élément est évoqué. Il s'agit de leur expérience de prise en soins lorsqu'ils sont consommateurs et patients depuis plusieurs années. Ils évoquent l'importance du personnel soignant dans le vécu de la prise en soins des patients et notamment en tant qu'élément décourageant ou facilitateur dans la recherche de traitements.

L'article ne comprend pas de partie conclusion, mais la discussion se conclut par le terme « en résumé » qui permet de clore l'étude et de répondre à la question initiale.

Cette partie synthétise l'ensemble des éléments. Le fait d'une incertitude de lien entre la stigmatisation et le refus de traitement. Que ce sont souvent des stigmates multiples qui sont ressentis par les patients et que cela peut conduire à un refus de soins, surtout lorsque les patients sont dans le déni de leur pathologie.

Dans cette partie, il n'y a pas d'apports supplémentaires avec de la littérature scientifique ou d'ouverture. Cela aurait pu être intéressant pour compléter les résultats obtenus.

La partie discussion est intéressante car elle synthétise bien l'ensemble des éléments. Toutefois, j'aurai apprécié obtenir des informations plus pertinentes, ce qui aurait, à mon sens, permis de renforcer la qualité de cette étude.

Discussion

Le thème que j'ai choisi pour le Trece m'a animé tout au long des mois de travail. J'avais choisi cet article dans le démarrage de mes phases de recherche car il regroupait, à mon sens, un point de vue patient et soignant. Pour ma première phase de travail, et notamment pour le semestre 5, j'avais choisi de le travailler dans sa langue originale. Cet article me semblait complet et cohérent. Il mettait en évidence l'importance de la place du soignant dans la recherche de traitements de la part des patients addicts. Bien évidemment, si les patients sont dans le refus de traitement ou ne consultent pas, alors, l'alliance thérapeutique devient plus compliquée à mettre en œuvre.

Grâce aux tableaux de synthèse de l'article, j'ai pu cibler mes recherches sur les pays francophones ou européens. Un autre tableau permettait de synthétiser et de classer l'ensemble des barrières relevées dans les différentes études retenues. La stigmatisation perçue par les patients lorsqu'ils étaient addicts se retrouvait dans les principales barrières de la prise en soin. Parmi les autres barrières, on retrouvait également d'autres notions sociales telles que l'embarras, la fierté, le renoncement ou la peur de demander de l'aide. J'ai consolidé ma pensée vis-à-vis du vécu du patient dans la réussite ou non de son parcours de soin. En effet, une expérience positive renforce l'alliance thérapeutique et favorise les soins à venir. L'inverse est tout autant réaliste.

L'article me semblait complet et intéressant. Je gardais toutefois en tête que ce dernier ne devait pas à tout prix m'apporter les réponses que j'attendais. Mais, que l'objectif d'une recherche restait d'accroître des connaissances et parfois même de transmettre des éléments contradictoires à nos pensées. Cela doit représenter une chance de s'enrichir. De mon point de vue, avoir des représentations sociales étaient davantage défavorables à la relation de soins. Or, j'ai pu me rendre compte que bien que cela engendre des comportements négatifs vis-à-vis du patient ; favorise le déni de pathologie, le refus de soins et le sentiment d'impuissance, cela pouvait aussi avoir des effets positifs. En connaissance de cause de l'addiction d'un patient, certains soignants font preuve d'empathie, de réassurance et d'une communication adaptée qui permet de personnaliser les soins. Certains patients en arrivent à l'empowerment⁷ lorsqu'ils décident d'eux-mêmes de refuser les soins à la suite d'un

⁷ Renforcer ou acquérir du pouvoir

sentiment d'exclusion ou qu'ils se retrouvent face à l'impuissance des soignants. Lors de nos apports théoriques, nous avons vu le cercle de Prochaska et DiClemente⁸, où comment l'échec fait partie de la réussite.

Je pense que ce sont ces éléments que je dois retenir prioritairement. Car lorsque le patient se sent considéré, en dépit de ses troubles, il adhère plus facilement à la prise en soin. Les patients addicts sont souvent en marge de la société et stigmatisés. Il me semble important de pouvoir leur permettre d'accéder à un espace libre de tous ces éléments. J'ai à cœur de pouvoir exercer en tant que tel et d'inscrire ces notions dans mon identité professionnelle.

Après avoir réalisé la lecture critique de cet article, j'ai été un peu déçue de sa qualité et de l'apport en connaissances. J'ai apprécié de pouvoir analyser leur méthode de recherche en détails. J'ai pris conscience que la partie dédiée aux résultats devait être très factuelle. Je pensais que cette dernière devait apporter plus d'analyse, ce que j'ai pu davantage retrouver dans la partie discussion de l'article. Mais, j'ai trouvé que cette dernière était assez désorganisée, floue et difficile de lecture. J'ai notamment été déçue par le manque d'apports ou d'ouverture. J'ai eu l'impression de rester sur ma faim et ne pas m'enrichir autant que je l'aurai souhaité. Naïvement, je m'attendais à retrouver des pistes d'amélioration dans la relation soignant / soigné, à pouvoir approfondir mes connaissances et à enrichir ma pratique infirmière. J'ai pris conscience de l'influence que pouvait avoir les représentations sociales face à l'addiction d'un patient dans le cadre de l'alliance thérapeutique mais je n'avais pas de piste d'amélioration de nos pratiques. J'ai donc fait le choix de ré utiliser mon équation de recherche et d'aller de nouveau feuilleter la littérature scientifique. J'ai à nouveau pu consulter différents ouvrages et également une thèse réalisée par une étudiante dans le cadre de ses études infirmiers auprès de la haute école de santé de Vallais Wallis. En consultant ces différents articles, j'ai trouvé intéressant de pouvoir aller plus loin et d'enrichir ma discussion.

Un des articles qui m'a particulièrement touché lors de ces nouvelles recherches est celui de Morley et al. (2015). Une étude a été réalisée auprès d'infirmières exerçant avec des patients souffrant de troubles addictifs. Cet article est le premier de mes recherches à aborder la notion de douleur physique et psychologique ressentie par les patients. Je trouvais très intéressant de pouvoir l'évoquer ici et de le mettre en parallèle des représentations sociales. L'aspect psychologique a autant d'importance que l'aspect physique. Comme nous avons pu le voir dans notre cursus de formation, il existe une corrélation entre les deux.

⁸ CF annexe 1

L'étude se concentre sur la notion de confiance dans les prises en soins et notamment le fait que certains patients peuvent vite être catégorisés comme étant en recherche de substances et voir leur douleur tant physique que psychologique sous-estimée. Parmi les recommandations évoquées dans cet article, on notera le besoin en formation et en soutien psychologique pour le personnel soignant, mais également des conditions d'accès aux soins plus adaptées pour les patients addicts.

Un autre article, rédigé par Wurcel et al en 2020, réalise un état des lieux de la situation des personnes souffrants d'addiction et propose notamment la mise en place d'un « PPA (Patient Provider Agreement) ». Ce qui représente en quelque sorte un contrat de soins entre le patient et les soignants. Dans ce document, il s'agit de définir clairement les attentes et les responsabilités des patients et des soignants. Le document reprend l'ensemble des éléments concernant les traitements, les règles d'administration et l'engagement attendu de la part du patient. Cela permet de lever bon nombre d'obstacles à la prise en soins des patients addicts et d'obtenir une prise en soins sécurisée. L'objectif étant de faciliter leur parcours de soins, notamment par une prise en charge adaptée et personnalisée. On note une meilleure observance des traitements. D'un point de vue soignant, cela permet de réduire l'anxiété ressentie face à ces situations de soins et de les investir davantage dans une relation de soins plus structurée et plus empathique. Mais, tout ceci n'est possible que lorsque l'on fait le choix de travailler auprès de ce public et que l'on dispose des connaissances et formations nécessaires pour avoir conscience du caractère pathologique de l'addiction.

A travers toutes ces lectures, j'ai pris conscience de l'importance de la relation de confiance entre le patient et le soignant. Nous avons tous des représentations sociales envers certaines situations. En les analysant, on peut se rendre compte que cela est souvent lié à un vécu compliqué, des émotions ou un manque de connaissances. Le travail en équipe pluridisciplinaire me paraît essentiel dans ce genre de situations car il offre la possibilité d'échanger ensemble, de s'enrichir et de se soutenir.

Cet aspect n'est pas abordé dans les lectures que j'ai réalisées. Le focus se fait davantage sur le patient et le soignant de manière individuelle. Or, comme je l'évoquais dans mon introduction, il y a souvent un « effet de groupe » qui règne lors des transmissions. J'aurai aimé que les différents articles étudiés puissent aborder cette notion.

Mes recherches mettaient en évidence l'importance de la formation et des connaissances dans de telles prises en soin. Si lors de ma prise de poste ou dans mon exercice futur, je me retrouvais face à un soignant qui abordait sa prise en soin de manière négative face à un patient addict, je pense avoir les capacités de pouvoir échanger avec lui et de lui apporter des solutions. Soit, tout simplement en lui proposant d'y aller à sa place. Soit, en le questionnant sur ses propos et ses ressentis. Tenter de comprendre pourquoi cette

situation génère cette posture. Il faut faire attention au mécanisme de transfert dans les prises en soins, mais si ce patient était l'un des nôtres, nous apprécierions sûrement qu'il bénéficie de respect et de bienveillance au cours de ses soins. Il me semble important de rappeler que l'addiction est une pathologie. Toutefois, le respect et l'empathie ne doivent pas se limiter au patient et doivent également se retrouver dans la relation de travail entre professionnels.

J'espère donc faire partie de ces personnes ressources qui sauront être moteur auprès de l'équipe pluridisciplinaire, de pouvoir assurer des transmissions de qualité où le non-jugement et la bienveillance seront omniprésents. Notre code de déontologie impose une neutralité et une impartialité. Il me semble important de respecter au mieux cela et d'accompagner les patients. Cela permet de mettre du sens dans ce que l'on fait. L'alliance thérapeutique m'apparaît d'autant plus importante pour notre futur exercice avec notamment des temps d'écoute active et de la disponibilité envers les patients.

L'ensemble de ces lectures me conforte à m'investir dans des formations et à transmettre ces ressources à l'ensemble de mon équipe. De plus, je trouve intéressant de pouvoir proposer des outils de prise en soin comme le contrat de soins par exemple.

Conclusion

Lorsque j'ai intégré la formation en vue d'obtenir le diplôme d'état d'infirmière, j'étais excitée à l'idée de réaliser un MIRS (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers). J'avais l'envie d'approfondir mes connaissances sur un thème qui m'animait. Je m'étais imaginée toutes sortes de thématiques que j'aurais voulu approfondir.

Mais, lors de notre entrée en formation, nous avons dû faire face à un remaniement de notre cursus de formation. Du fait de l'universitarisation, nous avons appris à travailler d'une autre façon et avons découvert l'initiation à la recherche. Cette nouvelle unité d'enseignement a été très difficile pour moi. J'avais l'impression de m'éloigner des enseignements « cœur de métier ». Je ne maîtrisais pas les bases de mon futur métier et l'on souhaitait faire de moi un chercheur. J'ai appris à dompter cette unité d'enseignement et à en comprendre les fondamentaux. L'objectif n'étant pas que je fasse de la recherche en fin d'étude, mais que, comme nous l'a dit un formateur, « je sois un professionnel réflexif ». J'ai donc décidé d'aborder mon Trecs en ce sens.

Ce travail serait l'occasion de disposer d'une boîte à outils qui me permettrait à l'avenir de me questionner sur mes pratiques, sur mes choix et de pouvoir accompagner les patients qui sont quant à eux de plus en plus au fait des nouveautés. J'ai découvert de nouveaux procédés pour effectuer une recherche de qualité et avoir un œil critique sur les publications existantes. Je sais désormais reconnaître la valeur d'un article publié, je connais la structure que doit respecter ce dernier et je peux plus facilement analyser sa fiabilité.

Chaque expérience vécue en tant qu'étudiant ou soignant est un apprentissage. Grâce à chacune des situations que j'ai pu rencontrer, mais aussi à mes différentes lectures, j'ai pu m'enrichir. Une fois diplômée, je continuerai à étoffer mon parcours professionnel et à peaufiner mon identité professionnelle tout en conservant les valeurs qui m'animent.

Je pense qu'il est également important de connaître ses limites et d'écouter les émotions que l'on ressent face à certaines situations. Il faut savoir prendre du recul et déléguer. Toutefois, s'il me semble important de pouvoir le communiquer en équipe, la communication envers le patient et son entourage me semble tout aussi importante. L'objectif n'étant pas d'exclure le patient, de le mettre dans la difficulté, mais de savoir poser ses limites pour assurer une prise en soin de qualité.

Le travail de raisonnement que l'on nous a demandé de réaliser a été très riche d'apprentissages. J'ai pu répondre en partie à mes interrogations et mettre en lumière l'importance de l'alliance thérapeutique dans le cadre des parcours de soins. Aucun de mes articles n'évoquait les soins sous contrainte dans le cadre de patients addicts. Or, ces patients oscillent souvent entre le domaine psychiatrique et médicosocial. Je pense que cette notion est importante à avoir en tête lorsque l'on exerce auprès de cette population. Une hospitalisation sans consentement représente sûrement un biais important dans l'installation de l'alliance thérapeutique.

Le travail que je viens d'effectuer est non exhaustif. J'apprécierai de pouvoir étayer la notion évoquée ci-dessus, mais également d'aborder la notion de travail collaboratif avec l'entourage des patients. Car, pour ma part, la relation de soins est une triangulaire entre le patient, sa famille (ou son entourage) et le corps médical/paramédical.

Bibliographie

Addictions · Inserm, La science pour la santé

Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspectives Psy*, 49(4), 317–326.

<https://doi.org/10.1051/ppsy/2010494317>

Brondani, M.A., Alan, R., & Donnelly, L. (2017). *Stigma of addiction and mental illness in healthcare : The case of patients' experiences in dental settings. PLoS ONE*, 12(5), e0177388. **<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177388>**

Calvès, A. (2009). « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Deleated Journal*, 200(4), 735. **<https://doi.org/10.3917/rtm.200.0735>**

Cazalis, A., Lambert, L., & Auriacombe, M. (2023). *Stigmatization of people with addiction by health professionals : Current knowledge. A scoping review. Drug And Alcohol Dependence Reports*, 9, 100196. **<https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100196>**

Cottencin, O., & Bence, C. (2016). *Addictions : soins obligés et soins motivés. La Presse Médicale*, 45(12), 1108-1116. **<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.01.026>**

Dictionnaire de l'académie française.

Dictionnaire le Larousse

Dupont, S. (2020). *L'alliance thérapeutique : un équilibre entre donner et recevoir. Le Journal des Psychologues*, n° 380(8), 63-67. **<https://doi.org/10.3917/jdp.380.0063>**

Enseignements sur l'addiction : Dr Isabeau ROLLAND médecin addictologue et Mme Christèle LACOSTE IDE au CSAPA de Vitré

Enseignements sur la douleur ; les stratégies non médicamenteuses : Anaëlle Davy, IDE ressource douleur

Guimelli, C. (1999). *La pensée sociale. Dans Que sais-je ?*

<https://doi.org/10.3917/puf.guime.1999.01>

Hammarlund, R.A., Crapanzano, K.A., Luce, L., Mulligan, L.A., & Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self- stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Substance Abuse And Rehabilitation*, Volume 9, 115-136. **<https://doi.org/10.2147/sar.s183256>**

Le craving, symptôme de l'addiction - Addict Aide - Le village des addictions. (2017, 18 décembre). Addict Aide - le Village des Addictions. <https://www.addictaide.fr/presse/le-craving-symptome-de-laddiction/>

Mateo, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières. In Association de Recherche en Soins Infirmiers eBooks* (pp. 64–66). **<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0064>**

Mathey Anaïs. *Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers HES-SO Valais-Wallis / Haute École de Santé.*

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>**

Morvillers JM. *Le care, le caring, le cure et le soignant. Rech Soins Infirm.* 2015 Sep;(122):77-81.

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*, 17(8), e1827–e1832. **<https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000721>**

Liste des annexes

Annexe 1 : Le cercle de Prochaska et DiClemente

Annexe 1 : Le cercle de Prochaska et DiClemente

