

Table des matières

Résumé	i
Remerciements	v
Introduction	1
1.1 Nature du travail réalisé.....	2
1.2 Plan du travail de Bachelor	3
Problématique.....	5
2.1 Manière dont la question est survenue.....	6
2.2 Pertinence de la question.....	6
2.3 Métaparadigmes infirmiers (Fawcett, 1984, 2005)	7
2.3.1 Santé	7
2.3.2 Environnement.....	7
2.3.3 Soins.....	8
2.3.4 Etre humain.....	9
2.4 Savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008)	10
2.4.1 Personnel	10
2.4.2 Esthétique	11
2.4.3 Ethique.....	12
2.4.4 Empirique	12
2.5 Réaliser un revue exploratoire.....	13
2.6 Répertorier les concepts pertinents.....	22
2.6.1 Addiction	23
2.6.2 Prise en charge et thérapies.....	24
2.7 Perspective pour la pratique.....	27
2.8 Question PICO(T).....	28
Concepts et champs disciplinaire infirmier	29
3.1 Concepts retenus	30

3.1.1	Alcoolisme	30
3.1.2	Groupe de parole	36
3.1.3	Thérapie motivationnelle	39
3.2	Cadre théorique	43
3.2.1	Modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2005)	43
3.2.2	Lien avec la question PICOT	46
	Méthodologie	48
4.1	Méthode PICO(T)	49
4.2	Elaboration et description de la question PICO(T).....	49
4.3	Critères de sélection des articles	50
4.4	Stratégie de sélection des articles.....	54
	Synthèse des résultats	55
5.1	Synthèses des résultats des articles.....	56
5.2	Résultats en lien avec la question PICO(T).....	63
5.3	Lien avec le cadre théorique	66
5.4	Perspectives/propositions pour la pratique	67
	Conclusion	70
6.1	Apport du travail de Bachelor	71
6.2	Limites	72
6.3	Perspectives pour la recherches	73
	Références.....	76
	Annexes.....	86
	Appendice A.....	87
	Appendice B.....	88
	Appendice C.....	89
	Appendice D.....	90

Appendice E.....	92
Appendice F.....	93
Appendice G.....	94
Appendice H.....	95
Appendice I.....	97

Introduction

1.1 Nature du travail réalisé

Dans le cadre de notre Bachelor en soins infirmiers, la réalisation d'un travail de Bachelor sur une thématique émanant de la pratique finalise notre cursus. Ce dernier consiste en l'élaboration d'un questionnaire professionnel et pour y répondre une recherche d'articles scientifiques a été réalisée. Les différentes bases de données sur lesquelles nous nous sommes appuyées nous ont permis de traiter le sujet principal de notre travail. L'analyse des résultats des études retenues comme pertinentes nous ont également permis d'effectuer des recommandations pour la pratique. Des thématiques de départ nous ont été suggérées par différents milieux cliniques.

Celle qui a retenu notre attention nous vient des Services Psychiatriques Jura Bernois – Bienne-Seeland (SPJBB) et traite de la « complémentarité des différents types de soins dans le domaine de la psychiatrie ». C'est notre question de départ. Elle a fait sens en nous car le domaine de la psychiatrie, malgré nos stages obligatoires dans cette discipline, nous restait mal connu. De ce fait, nous avons examiné ce vaste domaine en ciblant les principaux sujets qui nous intéressaient le plus, à savoir l'addictologie et les troubles psychotiques. Après avoir distingué ces deux thématiques, nous les avons approfondies et, après réflexion, nous avons décidé de réaliser notre travail de Bachelor sur l'addictologie, qui est un sujet d'actualité très présent dans

notre société. Par la suite, et ce pour affiner notre question de départ, nous avons appliqué une méthodologie rigoureuse qui nous a conduit à cette question précise de recherche « quelle est l'efficacité d'un suivi infirmier basé sur l'entretien motivationnel allié à des séances de groupes de parole chez une population adulte souffrant d'alcoolisme ? ».

1.2 Plan du travail de Bachelor

Pour la réalisation de ce travail, nous sommes partis de notre thématique et avons démontré en quoi elle était pertinente pour les soins infirmiers à travers les métaparadigmes infirmiers (Fawcett, 1984, 2005) ainsi que les modes de savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008).

Afin de préciser notre question de départ, nous avons effectué une revue exploratoire, cela à travers la lecture de divers articles et divers livres. Ces recherches nous ont permis d'approfondir chaque mot-clé de notre thématique, et donc d'en dégager les concepts principaux que nous avons retenus pour notre question de recherche. Ces concepts nous ont permis de la construire par le biais du modèle PICO(T) (Melnik & Fineout-Overholt, 2011), que nous avons utilisé dans le but de faire nos recherches sur les différentes bases de données, selon une méthodologie précise. Grâce à ces mots-clés, des articles ont été sélectionnés selon certains critères et retenus pour notre travail de Bachelor. Ces derniers ont été analysés à travers la

grille adaptée du Fortin (2010) et leurs synthèses nous ont éclairé et aidé à répondre à notre question de recherche. Nous l'avons mise en lien avec le modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2005) et proposons des perspectives pour la pratique. La conclusion comprend ce qu'il nous a apporté ainsi que ses limites et ses perspectives pour la recherche.

Rapport-Gratuit.com

Problématique

2.1 Manière dont la question est survenue

La question de départ de ce travail de Bachelor est issue d'une liste de thématiques. Nous avons effectué une carte conceptuelle (Appendice A, p. 87) afin d'avoir une vue d'ensemble sur notre question de départ. Celle-ci comporte différents items : les intervenants, les populations, les catégories de pathologies, les thérapies non-médicamenteuses, les structures de soins et les traitements médicamenteux.

La réalisation de cette carte conceptuelle a fait ressortir un sujet qui nous a particulièrement intéressés, à savoir, l'addiction à l'alcool. En effet, nous avons eu, durant notre formation, la chance d'avoir l'intervention de deux personnes faisant partie de l'association des Alcooliques Anonymes. Leur témoignage nous a touchés, de ce fait nous avons décidé de réaliser notre travail de Bachelor sur cette thématique.

2.2 Pertinence de la question

Notre question de départ nous a semblé pertinente car c'est un domaine que nous connaissions peu et nous voulions améliorer nos connaissances à ce sujet. Durant nos périodes de formation pratique, nous avons de la difficulté à comprendre l'utilité des différentes thérapies et leur efficacité sur la pathologie des différents patients. Nous nous sommes rendus compte de la complexité des pathologies et de celle des prises en charge associées. En effet, en tant que soignant, il est nécessaire d'adopter un comportement, un langage verbal et une posture appropriés à chaque patient. Ce



comportement doit être adapté à sa pathologie, à ses symptômes ainsi qu'à son anamnèse.

2.3 Métaparadigmes infirmiers (Fawcett, 1984, 2005)

L'analyse épistémologique des bases théoriques de la science infirmière montrent des points d'ancrage autour desquels s'organise l'ensemble des connaissances scientifiques appartenant à la discipline et en définissent l'objet, soit les quatre concepts : santé, personne, environnement et soins (Yura et Torres, 1975 ; Fawcett, 1999 ; Packard et Polifroni, 1991 ; Thorne et autres, 1998). (Dallaire, 2008, p. 14 – 15)

2.3.1 Santé

Ce métaparadigme se réfère au processus humain de vie et de mort [Traduction libre], (Fawcett et DeSanto – Madeya, 2013, p. 6).

2.3.1.1 Mise en lien avec notre question de départ

En psychiatrie, comme dans tous les domaines de soins, la santé est comprise par chaque individu selon ses propres critères. Chaque besoin doit être respecté et pris en compte. Pour ce faire, les soignants doivent adapter leurs interventions. Répondre aux besoins d'un patient permettra de l'aider à atteindre une qualité de vie satisfaisante.

2.3.2 Environnement

Le métaparadigme de l'environnement se réfère à l'entourage physique ainsi qu'aux personnes qui entourent l'individu. Le métaparadigme de l'environnement comprend la sphère privée, le contexte dans lequel se

déroulent les soins, ainsi que le contexte sociétal dans lequel le patient évolue. Ce métaparadigme se réfère également à toutes les conditions associées au bien-être de l'individu [Traduction libre], (Fawcett et De Santo-Madeya, 2013, p. 6).

2.3.2.1 Mise en lien avec notre question de départ

Dans le domaine de la psychiatrie il est important d'intégrer et de prendre en considération toutes les personnes gravitant autour du patient d'autant plus si ces dernières sont une ressource. En effet, pour permettre à la personne de se sentir comprise dans sa totalité, nous devons connaître sa situation tant privée que professionnelle, avec tous les enjeux qu'elle suppose. Cela va mener à l'élaboration d'une prise en charge ciblée en y intégrant les différents milieux dans lesquels le patient évolue, afin de répondre à ses différents besoins.

2.3.3 Soins

Ce métaparadigme se réfère aux démarches entreprises par les infirmières auprès des patients, dans le but de parvenir à des actions de soins. Ces actions sont envisagées comme un processus mutuel entre le soignant et le soigné, il comprend les démarches souvent appelées diagnostics, planifications, interventions et évaluations [Traduction libre], (Fawcett et De Santo-Madeya, 2013, p. 6).

2.3.3.1 Mise en lien avec notre question de départ

Dans le domaine des soins, la relation de confiance est primordiale. En effet, en psychiatrie, la première prise de contact s'effectue souvent au cours d'un entretien. Le soignant se doit d'être réceptif aux dires du patient, il doit également observer son non-verbal et essayer de percevoir ses émotions. Pour y parvenir le soignant doit être à l'écoute, il doit adopter une posture ouverte, et avoir une attitude empathique. Cette relation de confiance va permettre, au patient comme au soignant, de créer un lien thérapeutique. Ensemble ils vont organiser les soins en fonction des besoins exprimés par le patient et ainsi élaborer un plan de soins comportant les objectifs personnels à atteindre.

2.3.4 Etre humain

Le métaparadigme de l'être humain se réfère à l'individu, qui est reconnu dans une culture, dans une famille, dans une communauté ou dans d'autres groupes, ainsi qu'auprès des intervenants de santé [Traduction libre], (Fawcett et De Santo-Madeya, 2013, p. 6).

2.3.4.1 Mise en lien avec notre question de départ

Chaque personne adhère à des valeurs, à des croyances et à une culture différentes. Il est du devoir du soignant de les respecter et de les prendre en considération, ceci dans le non-jugement et la bienfaisance qui font partie des valeurs fondamentales des soins. En psychiatrie, il y a des patients avec

une histoire de vie comportant un contexte familial, social et professionnel. Il est important de considérer l'ensemble de ces aspects afin de pouvoir comprendre la globalité de la situation. En effet, si un problème est mis en évidence par le patient ou par ses proches, il peut en résulter des répercussions sur sa vie professionnelle, sociale, familiale, etc. C'est pour cela qu'il est important de les prendre en compte lors de notre prise en charge.

2.4 Savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008)

Souvent cité, le texte de Carper (1978) est considéré comme étant un classique parmi les écrits américains. [...] l'auteure a décelé quatre modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier : le mode personnel, ou l'effort de compréhension de soi et de l'autre ; le mode esthétique, ou l'art infirmier ; le mode éthique, ou la dimension morale ; et le mode empirique, ou la dimension scientifique (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 17).

2.4.1 Personnel

Le mode personnel permet à l'infirmière de se baser sur son expérience personnelle afin de devenir un être unitaire, conscient, et authentique. Il comprend également la compréhension subjective de soi et de l'autre, ceci lui permettra d'appréhender chaque situation de soins (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

2.4.1.1 Mise en lien avec notre question de départ

En tant que soignant il est important de connaître le but de nos actions ainsi que l'objectif final. Ce mode comprend également la reconnaissance de nos limites ainsi que l'identification de nos faiblesses. En psychiatrie nous pouvons être confrontés à différents types de situations ou histoires de vie, pouvant nous renvoyer à notre propre vécu. De ce fait nous pouvons puiser dans celui-ci afin d'en faire émerger des ressources qui peuvent palier à certaines difficultés et ainsi nous permettre d'aborder certaines situations plus sereinement.

2.4.2 Esthétique

Ce mode représente « le côté artistique de la discipline infirmière : la beauté d'un geste, l'habilité, l'adresse, la précision mais également la coordination effectuée lors des activités de soins » (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

2.4.2.1 Mise en lien avec notre question de départ

En psychiatrie le mode esthétique, se traduit par l'expression des gestes relationnels. En d'autres termes, l'esthétique transparaît par le non-verbal du soignant, son attitude, sa posture, ses actions ou encore l'interaction qu'il établit avec les autres.

2.4.3 Ethique

L'éthique dans les soins est centrée sur une question : qu'est ce qui devrait être fait ? La morale est une composante de la connaissance infirmière qui s'étend au-delà de la connaissance des codes éthiques des soins infirmiers. Il implique, moment par moment, le jugement de ce qui devrait être fait, ce qui est bien, juste et responsable. L'éthique guide et dirige les infirmières dans leur pratique, dans la façon dont elles sélectionnent ce qui est important ainsi que leurs priorités. [Traduction libre] (Chinn et Kramer, 2008, p. 6).

2.4.3.1 Mise en lien avec notre question de départ

Le mode éthique s'inscrit dans la psychiatrie au travers du respect des valeurs, des croyances et des perceptions de chacun, soignants et soignés. Il s'agit également d'être dans le non-jugement afin de prodiguer des soins de qualités.

2.4.4 Empirique

Ce mode est « issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes » (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

2.4.4.1 Mise en lien avec notre question de départ

Pour permettre d'éclairer notre problématique au sujet de la psychiatrie, nous avons interrogé les bases de données afin de récolter des données scientifiques ainsi que des ouvrages.

2.5 Réaliser un revue exploratoire

Durant notre formation d'infirmier-ière Bachelor, nous avons eu à faire des stages dans le domaine de la psychiatrie. A la suite de ces stages, nous nous sommes aperçus que le domaine nous était peu connu malgré nos expériences. La psychiatrie nous a intéressés en ce qui concerne l'étiologie des pathologies rencontrées, le choix des traitements médicamenteux et non-médicamenteux, ainsi que leur efficacité sur les symptômes et la pathologie. De plus, la psychiatrie est un domaine qui touche à la société et elle est source de nombreux préjugés. Souvent la psychiatrie est associée aux «fous », car dans le passé les hôpitaux psychiatriques étaient mis à l'écart de la société et la population craignait les malades car ils étaient souvent associés aux démons.

Les malades mentaux étaient alors le plus souvent inguérissables. Tous rejetés du tissu social, les plus heureux d'entre eux étaient accueillis dans les quelques rares asiles ou hospices existant en Europe tandis que les autres étaient généralement brutalisés et enchaînés. (De Meuron – Landolt, 1999, p. 9)

Par la suite nous avons mené une réflexion sur les points manquants de notre carte conceptuelle, pour y pallier nous avons fait des recherches dans

différents ouvrages afin de répondre à toutes nos interrogations. Nous avons cherché à répertorier les thérapies existantes et les catégories de pathologies psychiatriques. En réalisant ces recherches nous avons surtout trouvé des ouvrages mettant directement en lien une pathologie et une thérapie spécifiques. Mais, nous n'avons pas retenus ces ouvrages pour compléter notre carte conceptuelle.

Nous avons trouvé pertinent de dégager une définition illustrant la santé mentale, cela nous a permis de mieux comprendre ce qu'elle englobe, de définir ses caractéristiques et de la délimiter.

C'est l'aspect du psycho développement qui caractérise le mieux la santé mentale. Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permette d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnelle). Tout en reconnaissant cette spécificité, il demeure fondamental d'agir à la fois sur les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et ainsi d'élargir l'action en santé mentale. (Kovess, Lesage, Boisguerin, Fournier, Lopez, & Ouellet, 2001, p. 32)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a permis de clarifier et de compléter la définition ci-dessus. Elle définit en premier lieu la santé comme suit : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS, 2015). En ce qui concerne la santé mentale, l'OMS ne la définit pas à proprement parlé, mais donne des compléments à la définition de la santé en générale afin de pouvoir mieux la cerner :

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. (OMS, 2015)

A la suite de ces explications, nous avons défini la santé mentale comme un état de stabilité émotionnelle qui permet la réalisation de soi et la participation à la vie en communauté. Il était important pour nous de décrire la maladie mentale étant donné que c'est l'essence même de notre thématique. Les définitions que nous avons retenues sont les suivantes :

[...] syndrome comportementale ou psychologique, cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p. ex., symptôme de souffrance) ou à un handicap (p. ex., altération d'un ou plusieurs domaines du fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté [...]. (DSM4-TR, 2003, p. XXXV)

« Par maladie mentale, on désignera des signes et des symptômes caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement entraînant un état de détresse ou de souffrance et un dysfonctionnement important. » (Townsend, 2009, p. 19). Avec ces définitions, nous comprenons que la maladie mentale surgit lorsqu'il y a une altération du comportement, une instabilité émotionnelle engendrant une souffrance chez l'individu.

Après avoir éclairci la thématique de notre travail de Bachelor, nous avons voulu compléter l'item des thérapies de notre carte conceptuelle car il n'était

pas suffisamment exhaustif. Les ouvrages que proposait la bibliothèque n'apportaient pas les compléments recherchés. Suite à cette constatation, nous avons décidé de cibler notre sujet de recherche sur un trouble psychotique et/ou une accoutumance particulière afin de pouvoir faire des recherches plus précises. En effet, les recherches faites précédemment nous ont apporté des articles ou des ouvrages bien spécifiques à une pathologie et à une thérapie associée. Nous avons trouvé un ouvrage traitant des doubles diagnostics, c'est-à-dire d'un trouble psychotique combiné à une addiction.

Au sens strict, il s'agit de ces patients qui, simultanément, affrontent un syndrome psychiatrique grave et chronique (comme la schizophrénie) et un problème d'accoutumances. Dans un cadre élargi, nous nous référons à ce groupe de personnes qui, temporairement ou durant une longue période, souffrent de l'une ou l'autre affection psychiatrique (par exemple, la dépression ou l'anxiété) et ont en même temps des problèmes avec leur consommation de substances (alcool, médicaments, drogues illégales). (Dom, 2000, p. 17)

Cet ouvrage nous a particulièrement intéressés car ce sont deux problématiques qui nous intéressent énormément. Il nous a fourni des informations concernant les thérapies utilisées chez les personnes atteintes de troubles psychotiques associés à une addiction. Il nous a également éclairés sur l'utilité des thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses, ainsi que de leur complémentarité.

D'après Dom (2000), le terme traitement ou thérapie englobe toutes interventions visant à résoudre un problème spécifique. Au niveau médical, les traitements sont dirigés vers le rétablissement ou la guérison de la

pathologie. L'auteur évoque l'existence de deux catégories de problèmes psychiatriques, les modérés, que l'on peut espérer traiter complètement, et les chroniques que l'on peut difficilement traiter mais garder sous contrôle. L'auteur met en évidence que le traitement et les soins sont complémentaires.

A la suite de cette lecture nous avons constaté que le double diagnostic est très vaste car il englobe deux grandes problématiques psychiatriques qui sont la psychose et la toxicomanie. Selon Testa, Giannuzzi, Sollazzo, Petrongolo, Bernardini et Dain (2013), les doubles diagnostics présentent des caractéristiques complexes. Dans la plupart des cas, c'est la pathologie présente chez le patient qui engendre un comportement addictif. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer la relation entre les troubles psychiatriques et l'abus de substances. (1) *facteurs communs* (facteurs de risques communs aux deux troubles), (2) *troubles psychiques secondaires* (la consommation de substance amène le trouble psychique), (3) *usage secondaire de substance* (l'automédication), (4) *bidirectionnelle ou interaction synergique* (présence soit de troubles psychiques ou d'un abus de substance contribuant au développement de l'autre) [Traduction libre].

Constatant la complexité de ce trouble, nous avons décidés de centrer notre travail uniquement sur l'une des deux problématiques, c'est-à-dire, l'addiction. En effet, dès le début de notre travail nous avons un intérêt particulier pour cette thématique, c'est pourquoi nous l'avons choisie. Il était important pour nous, avant tout, de définir le terme d'addiction ou de

dépendance, afin de pouvoir au mieux en connaître les limites et nous permettre de répertorier les dépendances aux différentes substances.

La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. (OMS, 2015)

« Les troubles liés à une substance incluent des troubles liés à la prise d'une substance donnant lieu à un abus (y compris l'alcool), aux effets secondaires d'une médication, ou à l'exposition à un toxique. » (DSM-IV-TR, 2003, p. 221). Nous avons retenus de ces deux définitions que la dépendance est un désir irréprouvable de consommer une ou des substances données. Ce comportement engendre des troubles tant physiologiques que psychologiques mais également sociaux.

Afin d'avoir une représentation des dépendances en Suisse, nous avons sélectionné un schéma proposé par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP, 2010) montrant les principales substances concernées lors de l'admission à un programme de traitement (Appendice B, p. 88), il met en évidence que la principale substance est l'alcool.

En effet, dans notre société, ce que nous appelons les drogues dites « dures » ou illicites (héroïne, cocaïne,...) sont très mal vues. Les personnes que nous nommons toxicomanes sont souvent considérées comme marginales, car ce n'est pas « normal » de consommer ce genre de

substances. A contrario, les drogues dites « douces » ou licites, telles que le tabac ou l'alcool sont, elles, plus banalisées.

Selon Morel, Couteron et Fouilland (2010), la consommation d'alcool est le comportement le plus socialement admis mais il comporte un niveau de dangerosité plus important que celui de substances illicites. En effet, un usage inapproprié de l'alcool entraîne un problème de santé publique majeur mais qui est également banalisé. Presque chaque individu a fait l'expérience de consommer de l'alcool, mais généralement la consommation est occasionnelle, voire régulière, mais sans problème. La connaissance que nous avons au sujet de ce produit, de son usage, rend la tâche plus difficile de l'associer aux « drogues » qui évoquent elles, l'interdit, l'exceptionnel.

Suite à ces informations, nous avons choisi de traiter de l'alcoolisme comme sujet principal de notre travail de Bachelor car cette thématique est trop banalisée dans notre société et nous souhaitons en connaître la raison. En premier lieu il nous fallait trouver quelques données statistiques afin de nous éclairer sur le pourcentage et l'importance qu'a l'alcoolisme dans notre société.

Selon l'Office Fédéral des Statistiques (OFS), la consommation à risque d'alcool est un sujet d'actualité. En effet, en 2014 il indique que 87.5% de la population âgée de 15 ans et plus consommait de l'alcool. Cependant parmi ces 87.5%, il ressort que 22% présentait une consommation à risque.

Conformément aux standards internationaux, on parle de «consommation à risque» lorsque la consommation d'alcool met

notablement en péril la santé propre ou celle d'autres personnes et que des préjudices correspondants sont possibles ou avérés. On considère aussi comme risqué la consommation d'alcool par des personnes qui devraient en principe s'en abstenir - les enfants et les personnes malades - notamment. (OFSP, 2014)

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) recense en 2014, la consommation d'alcool en Suisse. Les statistiques sont les suivantes : 4.2% de la population, hommes et femmes confondus, présente une consommation chronique à risque. Le pourcentage le plus élevé concerne les 65 – 74 ans avec 8.1%, arrivent ensuite les 20 – 24 ans avec 4.1%, les 15 – 19 ans avec 2.7%, et les derniers sont les 35 – 44 ans avec 2%.

Le terme de «consommation chronique à risque» désigne une consommation régulière qui, en raison de la fréquence et de la quantité, ne peut plus être qualifiée de consommation peu problématique. Selon les normes internationales en vigueur, la consommation d'alcool chronique à risque commence à 20 grammes d'alcool pur (soit environ 2 verres standard) par jour en moyenne pour les femmes et à 40 grammes par jour (soit environ 4 verres standard) pour les hommes. (OFSP, 2014)

De plus, afin d'avoir une meilleure compréhension de l'alcoolisme, nous avons retracé son histoire afin de savoir à quel moment cette problématique est devenue une catégorie de la psychiatrie. Dans la littérature nous trouvons que le psychiatre Philippe Pinel propose en 1806 déjà, une taxonomie des troubles mentaux : mélancolie, manie, idiotisme et démence. Pinel avance que la mélancolie pouvait être induite par la consommation d'alcool. Plus tard Benjamin Rush, considéré comme le père de la psychiatrie aux Etats-Unis, publie, en 1812, le premier livre de psychiatrie. En 1841, il

créé la première institution exclusivement réservée aux patients alcooliques à Boston. Pinel et Rush sont les premiers à affirmer que la dépendance à l'alcool est une pathologie plutôt que le résultat d'un mauvais caractère. (Nathan PE, Conrad M, Skinstad AH, 2015) [Traduction libre].

Quelques années plus tard, en 1857, le terme d'alcoolisme fait son apparition grâce au médecin suédois Magnus Huss. L'« ivrognerie », qui était alors vue par la société comme une tare et une dégénérescence, devient une maladie et bascule dans le champ médical. Presque un siècle plus tard, en 1950, le père de l'alcoologie française, le médecin Pierre Fouquet crée une classification des alcoolismes, différenciant « alcoolite, alcoolose et somalcoolose ». En 1960, le médecin et fondateur de l'alcoologie moderne, Elvin Morton Jellinek, décrit 45 symptômes de l'alcoolisme.

Nous constatons que l'alcoolisme est un sujet qui suscite de questions depuis longtemps, et qu'une multitude de médecins, de psychiatres se sont penchés sur ce sujet.

Suite à nos lectures nous remarquons qu'aux Etats-Unis et, plus précisément à Boston, la première institution pour patients alcooliques ouvre en 1841. Deux siècles plus tard, ce type d'institution s'est développé et existe toujours. Cependant la plupart accueillent aujourd'hui toute forme d'addictions au sens large. Dans ces institutions, l'accompagnement infirmier se fait principalement par le biais de thérapies. Selon Monjauze (2008), les thérapies spécialisées donnent de meilleurs résultats si elles sont utilisées simultanément avec des entretiens de soutien et des entretiens infirmiers. Il

existe différentes thérapies telles que les thérapies de groupe ou les thérapies individuelles. Afin d'approfondir cette notion de thérapies, Kiefer et Mann (2007) spécifient les traitements de dépendance à l'alcool. Le traitement aigu et post-aigu de la dépendance à l'alcool comprend, d'une part, le suivi hospitalier, en hôpital de jour ou en ambulatoire, et, d'autre part, des entretiens individuels basés sur du motivationnel, de la pharmacothérapie de substitution, ainsi que sur la psychothérapie et la pharmacologie pour la prévention des rechutes [Traduction libre].

Notre intérêt pour l'alcoolisme, est apparu grâce aux témoignages d'intervenants (i.e. lors de cours dans notre formation). Ce qui nous a principalement intéressés, c'est le fait que les patients suivent une thérapie de groupe sans la présence d'un soignant. Nous allons élaborer notre question de recherche en alliant la thérapie individuelle, basée sur l'entretien motivationnel, ainsi que sur les thérapies de groupe. Par conséquent, notre intérêt au vu de notre recherche exploratoire se concentre particulièrement sur l'efficacité d'un suivi infirmier dans le cadre d'un entretien motivationnel allié à des séances de groupes chez les patients alcooliques.

2.6 Répertoire des concepts pertinents

Suite à la revue exploratoire nous avons pu définir différents concepts qui découlent de notre thématique. Ces concepts sont les suivants : l'addiction, la prise en charge et les thérapies.

2.6.1 Addiction

Afin de pouvoir cibler notre thématique, nous avons recensé les différentes addictions existantes. D'après Morel et al. (2010), nous ne pouvons pas classer les différentes drogues selon qu'elles sont « dures » ou « douces », cependant nous pouvons les classer en fonctions des types d'effets qu'elles provoquent chez l'individu, que ce soit physiques ou psychiques.

Dépresseurs	Stimulants	Perturbateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Alcool • Opiacées : <ul style="list-style-type: none"> - opium - morphine - codéine - méthadone - buprénorphine - etc. • Tranquillisants <ul style="list-style-type: none"> - benzodiazépines - barbituriques • Solvants volatils <ul style="list-style-type: none"> - éther - etc. • Anesthésiants <ul style="list-style-type: none"> - GHB - kétamine - etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nicotine • Caféine • Théine • Cocaïne (crack) • Amphétamines <ul style="list-style-type: none"> - speed - ecstasy - MDEA, MDA - ritaline - etc. • Méthamphétamines • Antidépresseurs • Poppers • Khat • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cannabis (THC) <ul style="list-style-type: none"> - herbe, <i>marijuana</i> - haschich - huile • Hallucinogènes <ul style="list-style-type: none"> - LSD, acide - champignons - datura - PCP ou <i>angel dust</i> - etc. • Artane • etc.

(Morel et al., 2010, p.22)

Les auteurs recensent également d'autres addictions telles que le jeu pathologique, la cyberaddiction, les achats compulsifs, les addictions sexuelles, l'addiction aux relations affectives, les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie), la dépendance à l'exercice physique, le

jeu du foulard et autres formes de strangulations, l'addiction au travail (*workaholism*), l'addiction au crime, la dépigmentation volontaire et la dépendance aux thérapies. Suite au développement de ce concept, il ressort que les addictions qui nous intéressent sont celles liées aux substances et plus précisément l'addiction liée à l'alcool.

2.6.2 Prise en charge et thérapies

Pour pouvoir parler de prise en charge, il est nécessaire de définir les rôles de chacun dans la relation infirmière-patient. Il est important, en premier lieu, de définir la relation d'aide dans la profession infirmière.

La relation d'aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, l'intervenant et le client, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide. Cela suppose que l'intervenant adopte une façon d'être et de faire, et la communique de façon verbale et non verbale en fonction des buts poursuivis. Ces buts sont à la fois liés à la demande du client et à la compréhension que le professionnel a de cette difficulté. (Chalifour, 1999, p. 33)

Selon Chalifour (1999), le client possède des caractéristiques biologiques, cognitives, émotives, sociales et spirituelles interreliées et toujours en interactions avec son environnement. Lors d'une intervention infirmière, il est important de prendre en compte tous ces aspects. S'ils ne sont pas pris en considération, il y a un risque de créer un échec thérapeutique. Le but de la relation d'aide professionnelle est de créer des conditions optimales pour aider le client à composer avec la difficulté qu'il présente. Les conditions sont

décrites de la façon suivante, « reconnaissance du client comme un être unique, qui à sa façon toute aussi unique d'interagir avec son environnement, et par la mise en œuvres de moyens qui lui permettent d'acquérir une conscience plus élevée de lui-même et d'accéder ainsi à ses ressources personnelles » (Chalifour, 1999, p. 118). Le fait d'identifier ces ressources va permettre de composer avec la difficulté et ainsi répondre aux besoins.

Dans le domaine des addictions, pour Morel et al. (2010), il est tout d'abord nécessaire de commencer par l'évaluation multidimensionnelle de la situation du patient, c'est-à-dire son évaluation sociale, médicale et psychologique, ainsi que son expérience d'usage. Une fois les besoins identifiés lors de l'évaluation, l'objectif est d'aider l'utilisateur à adopter un changement dans sa vie grâce à des approches thérapeutiques différentes. Ceci tout en diminuant le sentiment de perte et de solitude provoqué par l'abandon de son réseau social. Pour ce faire, il faut soutenir les investissements réalisés ou les réinvestissements. Il est important pour le thérapeute d'accéder au vécu du patient afin « de sortir d'une conception théorique ou morale pour mieux se représenter tous les éléments biologiques ou psychosociaux qui participent à la fonction adaptative personnelle du comportement addictif » (Morel et al., 2010, p. 262).

Dans la consommation d'alcool plus précisément, Kiefer et Mann (2007) définissent les thérapies et les traitements pharmacologiques ayant fait leurs preuves ainsi que les types de suivis. Les thérapies ont pour objectifs de

protéger la survie, de traiter le diagnostic et les pathologies associées, d'aider à la prise de conscience de la maladie et de développer la motivation au changement, à la construction de phase d'abstinence, à l'amélioration de la situation psychosociale, à l'abstinence durable et de permettre une qualité de vie raisonnable. [Traduction libre]

Ces thérapies peuvent se dérouler dans différents contextes comme l'hôpital, l'hôpital de jour et le suivi ambulatoire. L'hôpital de jour est indiqué pour les patients chez lesquels le processus de chronicisation de l'abstinence n'est pas encore installé. Pour le milieu ambulatoire, il est indiqué chez les patients ayant une bonne intégration sociale dans la structure familiale et professionnelle afin de permettre un meilleur maintien de la phase d'abstinence. Ces thérapies devraient durer entre une et deux heures par semaine et se dérouler sur une année. Elles sont généralement réalisées sous forme de thérapie individuelle ou de groupe. Pour un tiers des patients, elles sont associées à un traitement pharmacologique de soutien pour le sevrage alcoolique, comme la Clonidine, la Carbamazépine, l'Oxcarbazépine, l'Acamprosate, le Naltrexon et le Disulfiram.

Les auteurs se focalisent également sur les groupes d'entraide et les thérapies en douze étapes (par exemple, les Alcooliques Anonymes). Lors de la phase de réhabilitation, la participation à des groupes d'entraide peut contribuer de manière significative à la réussite du traitement sur le long terme. En effet, l'échange des expériences entre différentes personnes s'est

révélé utile. La participation au groupe des Alcooliques Anonymes permet également le renforcement de l'abstinence.

Après avoir développé ces concepts larges découlant de notre thématique, nous en avons ciblé de plus précis afin de construire notre question PICO(T), à savoir : l'alcoolisme, l'entretien motivationnel et les groupes de parole.

2.7 Perspective pour la pratique

Les recherches réalisées pour notre question de départ nous ont amenés à l'alcoolisme comme sujet. En effet, la consommation d'alcool touche une majorité de la population et peut devenir problématique. Il existe une multitude d'études sur les thérapies et la pharmacologie d'aujourd'hui pour aider les personnes souffrant d'alcoolodépendance. Nous avons choisi de développer la thérapie basée sur la motivation (entretien motivationnel) car, c'est un élément clé pour amorcer tout changement. De ce fait, pour notre question de recherche, nous allons étudier la complémentarité des entretiens infirmiers basés sur l'entretien motivationnel et les groupes de parole, avec et sans présence de soignant. Cela dans le but de mettre en avant les bénéfices que peuvent apporter ces thérapies sur la diminution, voire l'arrêt total, de la consommation. Ceci a pour objectif dans les soins infirmiers, de réaliser des prises en charge pertinentes basées sur des données probantes.

2.8 Question PICO(T)

La question PICO(T) sert à clarifier notre question de départ dans le but de la rendre plus précise et de pouvoir cibler au mieux nos recherches et d'en tirer les concepts-clés. Notre question de recherche est la suivante : quelle est l'efficacité d'un suivi infirmier basé sur l'entretien motivationnel allié à des séances de groupes de parole chez une population adulte souffrant d'alcoolisme ?

Concepts et champs disciplinaire infirmier

3.1 Concepts retenus

Les concepts que nous avons choisi d'étudier sont : l'alcoolisme, le groupe de parole et la thérapie motivationnelle

3.1.1 Alcoolisme

L'alcoolisme est le premier concept que l'on trouve dans notre question de recherche. Selon Morel et al. (2010), il est devenu normal de ne plus appréhender l'addiction uniquement sous l'angle de la dépendance. Il faut désormais distinguer entre « non-usage », « usage simple », « mésusage à risque », « mésusage nocif » et « dépendance ». Pour mieux comprendre ces distinctions, nous allons aborder l'alcoolisme sous différents points de vues, c'est-à-dire, physiologique, psychologique et sociétal.

Le terme d' « alcoolique » désigne un type de personnalité marqué par une faille psychique précoce, telle qu'elle entraîne à plus ou moins long terme la nécessité impérieuse et irrépessible de boire de l'alcool, ou la contrainte d'exercer vis-à-vis de la consommation d'alcool une exclusion radicale. (Monjauze, 1999, p. 131)

Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique ou mentale, leur relation avec autrui, leur bon comportement social et économique, soit des prodromes, des troubles de ce genre ; ils doivent être soumis à un traitements. (OMS, 1992)

D'après Fouquet (1950), l'alcoolisme se réfère au fait de la perte de liberté de s'abstenir d'alcool. A la suite de ces trois définitions, nous notons que la

personne alcoolique ressent un besoin viscéral de consommer de l'alcool, ce qui entraîne une dépendance physique et/ou mentale.

Selon Archambault (1992), la dépendance commence par être psychologique et environnementale. Dans un second temps, elle affectera les mécanismes cellulaires, biologiques et métaboliques. Cette affection est prouvée car lorsque l'individu stoppe le comportement alcoolodépendant, apparaît le syndrome de sevrage, qui est un phénomène perturbateur tant psychologique que physique. Ces perturbations ne disparaîtront qu'avec le temps.

Selon Archambault (1992), dans les mécanismes de l'alcoolodépendance, il y a tout d'abord atteinte au niveau des membranes cellulaires. En effet, ces dernières jouent un rôle important dans les échanges entre le milieu intracellulaire et le milieu extracellulaire. L'alcool est une substance très liposoluble (qui est soluble dans les graisses). De ce fait, lors d'une intoxication aiguë, cette substance s'infiltré dans la membrane et la rend plus fluide, désorganise le rôle des phospholipides et donc celui des protéines. La zone d'échange (intra et extracellulaire) est alors très perturbée, tant au niveau des récepteurs qu'au niveau des structures enzymatiques. Pour ce qui est de l'intoxication chronique, la membrane cellulaire s'habitue à cette perturbation et se rigidifie. La membrane étant plus rigide, il faut un apport permanent et de plus en plus élevé pour que les effets de l'alcool se fassent sentir. L'alcool agit également au niveau du système gabaergique. En effet, le neuromédiateur GABA inhibe les voies catécholaminergiques (adrénaline,

noradréline et dopamine) dans le but d'abaisser le niveau d'excitabilité du système nerveux central. Ceci explique donc l'effet sédatif de l'alcool sur l'organisme.

La chimie de la substance n'est pas la seule source de l'effet produit : le psychisme de l'utilisateur et le contexte influencent aussi cet effet jusque dans ses manifestations biologiques. Il s'accompagne d'une mémorisation de cette expérience par le cerveau que l'on appelle la sensibilisation. (Morel et al., 2010, p. 47).

Morel et al. (2010), présentent une symptomatologie liée à l'alcool, elle englobe tant les troubles psychologiques (irritabilité, nervosité, insomnie), relationnels (sphère amicale, familiale, professionnelle), fonctionnels (gastralgie, dyspepsie) que métaboliques (prise de poids, hyperglycémie, hypercholestérolémie,...). L'alcool provoque également des pathologies plus graves telles que, pancréatite, cirrhose, cancer du foie, atteintes cérébrales, maladies cardiovasculaires et bien d'autres encore.

Après avoir étudié l'alcool du point de vue médical et physiologique, nous allons l'aborder sous un autre angle, celui du vécu psychologique du patient alcoolique. « Une honte excessive, des troubles du schéma et de l'image corporelle, un défaut de l'activité de représentation, une temporalité et un espace psychique perturbé, un rapport à la loi fragile, sont des caractéristiques de la psychopathologie alcoolique. » (Monjauze, 2008, p. 61).

Selon Monjauze (2008), l'être humain a honte lorsqu'il adopte des comportements considérés comme abjects par la société. L'auteure relève

que la honte concerne spécifiquement toutes victimes, comme la victime d'un viol ou le soignant agressé. Dans la société, ce qui nous fait honte c'est de commettre un acte involontaire, quelque chose que l'on ne contrôle pas (les menstruations inattendues venant faire tache, les vomissements). Ces exemples sont ce que l'auteure appelle des « fuites corporelles ». Ces fuites représentent l'enveloppe corporelle déchirée, rompue, ce qui laisse apparaître une sorte de faiblesse chez l'individu. Il en va de même pour ce qui est du psychisme. Nous possédons une enveloppe autour de celui-ci, enveloppe qui sert à nous protéger. Les fuites du psychisme seront plutôt des lapsus, des mots qui s'échappent, des « sorties » qui ne sont pas les bienvenues. Suite à ces fuites, le contact avec les gens devient quelque chose de pénible, l'individu se sent mis à l'écart, se sent seul.

D'après l'auteure, l'alcoolique est habité par la honte, car il a des comportements ridicules, il titube, il tombe, il dort sur le trottoir, il est insultant, telles sont les fuites honteuses qu'il subit bien trop souvent. Même si la plupart du temps il ne se souvient de rien, il sait qu'il a été vu dans ces états, il sait que l'on parle de lui, qu'on le « traite » d'ivrogne. Cela ne fait que renforcer sa honte. Ce sentiment peut être accompagné de culpabilité s'il a fait du mal à autrui et comme les torts ne peuvent être réparés, cela renforce encore plus sa honte. Afin de se sentir mieux, il va chercher à oublier cette honte, à l'effacer en buvant, mais cela va l'entraîner dans un cercle vicieux.

Selon Philippe Jaquet (2013), c'est lorsque la personne bascule dans la solitude qu'elle s'aperçoit de l'aspect exclusif de son comportement, mais en gardant toujours l'illusion qu'elle maîtrise la situation. Afin qu'un individu admette sa dépendance, il est nécessaire qu'il parcoure encore un bout de chemin pour qu'il puisse prendre conscience de son impuissance.

La personne devenue addictive passe alternativement par des sentiments de toute-puissance (particulièrement lorsqu'elle se trouve sous l'effet des produits) et d'échec (quand elle se trouve en état de manque), voulant contrôler, voire arrêter sa consommation et se rendant compte de l'impossibilité de le faire : elle doit consommer sa prochaine dose pour être mieux ou simplement moins mal. (Jaquet, 2013, p. 74)

Cette affirmation rejoint les propos de Monjauze qui affirme que la personne alcoolique est constamment entraînée dans un cercle vicieux. Selon Jaquet (2013), le sujet n'arrive pas à mobiliser d'autres ressources pour pouvoir faire face aux multiples circonstances de sa vie. De ce fait nous pouvons parler de coping. « Le coping n'implique pas toujours une maîtrise de la situation, seulement la manière dont la personne s'y prend pour faire face, qui peut être soit positive, soit négative, soit les deux. » (Chabrol, Callahan, 2013, p. 5). Lors de la prise de conscience de son addiction, le sujet va vivre un processus de deuil, et par conséquent passer par les différentes étapes qui s'y rapportent. Selon Kübler-Ross (1926-2004) elles sont les suivantes : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation.

Selon Monjauze (2008), l'alcoolisme atteint également le schéma corporel (manière dont l'individu se représente et situe son corps dans l'espace). En effet les personnes alcooliques « manquent d'harmonie » dans leurs mouvements, ils éprouvent de l'insécurité dans l'espace. Leur image corporelle (comment l'individu se représente son corps, ses organes, ses membres, ses articulations) est également touchée et de manière plus significative que l'atteinte au schéma corporel. Les personnes alcooliques n'ont pas une image organisée de leur corps. Il semblerait que ces personnes aient des zones corporelles complètement insensibles, cela expliquerait donc ces patients blessés, qui ne ressentent pas la douleur. Même si les personnes ainsi atteintes ne peuvent pas l'exprimer, il est probable que ces zones « manquantes », non représentées psychiquement, soient sources d'angoisses. « Il est vraisemblable que ce soient ces failles de l'image du corps qui altèrent le schéma corporel. Pour se situer dans l'espace, il faut être capable de se représenter et l'espace et soi. » (Monjauze, 2008, p. 81).

L'alcool au niveau sociétal est un concept très ambigu. En effet selon Morel et al. (2010), en société le fait de ne pas consommer d'alcool peut être considéré comme une faute de goût et la personne qui fait ce choix doit constamment le justifier, et elle peut même être considérée comme quelqu'un de triste. A contrario, dès que la consommation devient problématique, cela est le signe d'une faiblesse : c'est une perte de contrôle. Nous voyons bien ici le paradoxe de la consommation d'alcool : la balance du trop ou du trop peu, le tout l'un ou tout l'autre. « Se dire dépendant de

l'alcool c'est s'avouer « alcoolique », c'est non seulement reconnaître une « faiblesse » mais endosser les images que véhicule ce mot dans l'opinion générale, dégradation physique et psychique, déchéance. » (Morel et al., 2010, p. 92). En effet, ce qui est difficile pour le patient est cette stigmatisation le concernant. Le fait d'accepter ce terme d'alcoolique comme étiquette que lui attribue la société est une chose très difficile à vivre.

3.1.2 Groupe de parole

Monjauze (2008), spécifie que l'on parle de groupe lorsqu'il y a réunion de quatre personnes et plus. L'auteure parle de petit groupe lorsqu'il est composé de quatre à quinze participants. Au-delà elle parle de grand groupe. Le petit groupe à l'avantage que tous les participants se connaissent relativement rapidement et bien, et il fonctionne sur des échanges affectifs. De ce fait chaque participant sera plus à l'aise pour s'exprimer. Le grand groupe au contraire est source d'angoisses : aucun des participants n'ose prendre la parole car si tel est le cas il se sentira comme « le point de mire ». Monjauze (2008) exprime que la taille idéale d'un groupe est de quatre à huit personnes.

D'après Berne (2006), deux types de groupes sont à distinguer, le groupe homogène et le groupe hétérogènes. Le groupe hétérogène est constitué de patient assigné au hasard, alors que le groupe homogène est composé de patient possédant une caractéristique commune. Les critères d'homogénéités sont : l'âge, le diagnostic psychiatrique (schizophrénie, etc.), l'attitude



(passivité, dépendance, etc.) et les origines culturelles, raciales ou économiques. Berne (2006), explique que l'homogénéité n'est pas conseillée et qu'il faut préférer la sélection des patients au hasard (groupe hétérogène) afin d'avoir une meilleure progression du traitement. Pour l'auteur, dans un groupe de parole les objectifs thérapeutiques doivent être clairement définis et répondre aux besoins du patient, cela dans le but de savoir ce sur quoi ils vont devoir travailler.

De nos jours, les objectifs les plus courants visent la réorganisation psychodynamique de la personnalité du patient, la rémission ou la guérison des symptômes, une socialisation meilleures et plus satisfaisante, un plus grand contrôle des émotions et du comportement, ou l'abandon des modèles stéréotypés dans la relation à autrui. (Berne, 2003, p. 31)

Les institutions proposent aux patients alcooliques de participer à des groupes de parole, ces groupes sont composés généralement d'une dizaine de patients. « Les alcooliques, pour devenir abstinents, ont à affronter les autres, leur famille, leurs amis, leur milieu de travail, de loisirs. » (Monjauze, 2008, p. 159). La motivation des personnes alcooliques pour devenir abstinent est très profonde mais également très difficile et de ce fait ils ont besoin de se sentir soutenus. Les groupes de parole leur permettront, par la suite, de pouvoir changer d'appartenance, de changer de « groupe identitaire », c'est-à-dire passer du « buveur » à « l'abstinent ».

« Plus qu'un apprentissage, l'entraide par le groupe apporte un sentiment d'appartenance qui apaise les angoisses d'abandon, conforte le sentiment de compter les uns pour les autres, contribue à la restauration de la confiance

en soi. » (Delile, Couteron, 2009, p. 279). D'après Morel et al. (2010), il est vrai que le groupe thérapeutique permet aux différents participants de s'exprimer au sujet de leur vécu, mais permet également d'entendre le vécu des autres personnes. Cela leur permet donc de briser leur solitude en se confrontant à autrui et leur permet encore de poser des mots et d'exprimer ce qu'ils ressentent, ce qu'ils pensent à des personnes vivant des situations identiques. Cependant Morel et al. (2010) affirme que le fait d'être exposé à tout un groupe peut être source d'angoisses, aussi, un suivi individuel est une priorité pour que le patient se sente en sécurité et confiant.

Selon Monjauze (2008), les groupes de parole dans les institutions sont animés par différents professionnels, tels que psychologues, psychothérapeutes et infirmiers. Nous allons nous pencher sur le rôle de l'infirmier dans les groupes de parole. En effet, son rôle est très ambigu car il doit « tempérer » avec le trop (intervenir, diriger,...) et le trop peu (rester silencieux). « Ils [les infirmiers] sont à l'écoute, non des participants individuellement, mais du groupe. Ils font eux-mêmes partie du groupe, aussi ne sont-ils ni en retrait, ni derrière un bureau ni regroupés côte-à-côte. » (Monjauze, 2008, p. 160). Selon l'auteure, les infirmiers ont un rôle d'animateur au sein du groupe de parole, ils sont présents pour faciliter la parole et les échanges. Les infirmiers connaissent bien leurs patients, ils peuvent accompagner, encourager, un patient plutôt timide à prendre la parole, canaliser celui qui sera bavard, ils sont présents pour faire en sorte que chacun prenne part à la vie du groupe.

3.1.3 Thérapie motivationnelle

D'après Miller et Rollnick (2009), chaque professionnel de santé, tant médecin qu'infirmière a de nombreuses occasions au cours d'une journée de travail dite habituelle, de faire émerger un questionnement au sujet de la modification d'un comportement. Que fait le soignant de ce comportement ? Miller et Rollnick (2009), décrivent une forme douce d'intervention, appelée entretien motivationnel (EM). Cette intervention a débuté dans le champ de l'alcoologie au cours de l'année 1983, et a été utilisée plus largement (maladies chroniques, maladie psychiatrique, prévention de l'infection à VIH) dans les années qui ont suivis. « On croit souvent que soigner signifie apporter aux patients ce dont ils manquent, qu'il s'agisse de médicaments, de connaissances, de compréhension ou de compétences. L'EM, au contraire, cherche à susciter du patient ce qu'il a déjà. » (Miller et Rollnick, 2009, p. 16).

Dans l'entretien motivationnel, il est important, en premier lieu, de travailler sur la motivation car elle est nécessaire pour envisager un changement. « Il existe au moins trois éléments essentiels pour constituer la motivation au changement : y être prêt, en manifester le désir et se sentir en capacité de le faire » (Miller, Rollnick, 2006, p. 12).

L'EM se définit de la manière suivante : « une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller, Rollnick, 2006, p. 31).

D'après Miller et Rollnick (2006), l'importance du changement représente une part essentielle pour le patient. Si l'importance est faible, la personne se situe dans le déni ou la résistance. Face à cela, il est nécessaire « de développer la divergence afin d'accroître la perception de l'importance du changement » (Miller, Rollnick, 2006, p. 12). A l'importance du changement, il est nécessaire d'ajouter la confiance dans le changement que ressent le patient et la question des priorités. Une ambivalence peut être perçue entre ces 3 dimensions (l'importance du changement, la perception de l'importance et la confiance dans le changement). L'ambivalence est une étape du processus de changement. En effet, il est important de l'explorer afin d'aider les patients à dépasser cette hésitation et à être capable de prendre une décision pour arriver à un changement.

D'après les auteurs, il existe différents types de conflits dans l'ambivalence : Le premier est *attraction-évitement*, qui est typique des addictions, car la personne est attachée à ce comportement addictif tout en connaissant les risques, les coûts et les dommages causés. Le deuxième est *attraction-attraction*, dans lequel la personne n'arrive pas à se décider car les deux options sont attrayantes. La troisième est *évitement-évitement*. Dans ce conflit, la personne doit choisir entre différentes possibilités mais toutes génèrent des conséquences négatives. La quatrième est *double attraction-évitement* : chaque option a du positif et du négatif mais « lorsque la personne s'approche de l'option A, les désavantages de A apparaissent en même temps que les avantages de l'option B. Si elle se tourne alors vers B,

la face sombre de B se dévoile et A devient plus attrayant » (Miller, Rollnick, 2006, p. 17). La balance décisionnelle permet d'illustrer l'ambivalence car elle rend la personne consciente des bénéfices, des coûts liés à son comportement. Cette ambivalence est la clé du changement, si elle peut être résolue. Dans l'entretien motivationnel, l'objectif est de diriger le patient de manière volontaire vers la résolution de cette ambivalence, dans le but de contribuer au changement. C'est sur ce point précisément qu'il se différencie de la relation d'aide centrée sur la personne. Les auteurs insistent sur le fait qu'il est plus une méthode de communication qu'une technique.

D'après Miller (1983), quatre grands principes sous-tendent l'entretien motivationnel. Le premier est d'exprimer de l'empathie « à travers une écoute réflexive maîtrisée, l'intervenant cherche à comprendre le sentiment et les points de vues du client, sans les juger, les critiquer, ni les blâmer » (Miller, Rollnick, 2006, p. 43). Le deuxième principe est de développer la divergence, ce qui signifie « [...] créer [...] et amplifier, dans la manière de voir du patient, une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de référence ou ses objectifs plus généraux » (Miller, Rollnick, 2006, p. 45). Cette divergence a un lien étroit avec l'importance du changement car elle permet au patient de percevoir lui-même des raisons de changer. Le troisième principe, est celui de rouler avec la résistance mais de ne pas s'y opposer car la personne doit « [...] devenir acteur dans le processus de résolution de ses problèmes » (Miller, Rollnick, 2006, p. 47). Le quatrième principe consiste à renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. Il est

important dans le processus de changement car « un des objectifs généraux de l'entretien motivationnel est d'augmenter la confiance du client dans ses capacités à surmonter les obstacles et à réussir son changement » (Miller, Rollnick, 2006, p. 48).

D'après Diclemente (2003), l'individu passe par différentes étapes lors du processus de changement. Chacune de ces étapes représente des tâches spécifiques qui doivent être remplies et des objectifs à atteindre pour avancer d'une étape à l'autre. Le chemin que mènent les patients pour modifier un comportement commence au stade de la *Précontemplation*, où ils n'ont aucun intérêt pour le changement et se situent dans le déni. Au stade de la *Contemplation*, l'ambivalence est très présente car le patient examine son comportement actuel et le potentiel à effectuer un changement. Ici l'importance est de clarifier cette ambivalence lors d'un entretien motivationnel. Ensuite le stade de la *Préparation*, le patient s'engage à prendre des mesures dans le but de modifier son comportement et élabore un plan et des stratégies pour changer. Puis le stade de l'*Action* est caractérisé par la mise en place de mesures, afin de modifier et de créer le nouveau comportement. Dans le stade de la *Maintenance*, enfin le patient maintient son changement sur une longue durée et l'incorpore dans son mode de vie. [Traduction libre]

Comme cité ci-dessus, l'entretien motivationnel est utilisé également dans le domaine des addictions afin d'aider la personne à clarifier son ambivalence. Kiefer et Mann (2007) soulignent l'importance de l'entretien

motivationnel chez les personnes souffrant de dépendance à l'alcool, car il ne faut pas les forcer mais plutôt induire la reconnaissance du problème et ainsi mener à une volonté de changement. [Traduction libre]

3.2 Cadre théorique

La théorie de soins que nous avons décidé de mettre en lien avec notre travail de Bachelor est le modèle de Calgary de Wright et Leahey (2005). Ce modèle correspond à notre question PICO(T), car il nous permet de connaître les valeurs, les perceptions, les croyances et les règles du patient, cela est bénéfique lorsque nous devons créer un lien de confiance. Les connaître nous permettra également d'identifier les interventions infirmières à mettre en place.

3.2.1 Modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2005)

Le modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2005) est un modèle familiale et d'origine psychologique, qui guide la collecte de données à analyser et permet l'élaboration d'hypothèses et d'interventions infirmières. Il se compose de plusieurs parties :

Structure familiale

Ce point consiste en la réalisation d'un génogramme (structure interne) afin de savoir quel est le soutien familial du patient, la relation qu'il a avec les différents membres de sa famille et également avec qui il vit (sous-système). En second lieu, l'infirmier réalisera une ecocarte (structure

externe), cette structure recense les différents réseaux du patient en dehors de sa famille, tels que son travail, ses loisirs, ses amis et les relations qu'il a avec ces derniers. Selon Wright et Leahey (2005), il est possible également d'élargir cette ecocarte à tous les membres de la famille qui vivent sous le même toit. Dans la structure familiale (tant interne qu'externe), il faut spécifier le cycle de vie dans lequel se situe le patient ou les différents membres de la famille. Les six étapes sont : jeune adulte, famille avec de jeunes enfants, formation du couple, famille avec des adolescents, famille lors du départ d'un enfant, parents à la période de retraite. Lors de chaque étape, les individus vont vivre un changement de rôle plus ou moins important.

Fonctionnement familial

Il fait référence à la manière dont les membres de la famille interagissent.

Il est composé de deux modes :

- Fonctionnement instrumental :

Ce mode comprend les activités de la vie quotidienne dans la famille, les tâches et les rôles de chaque membre.

- Fonctionnement expressif :

Ce mode fait référence à l'ecocarte et met en valeur le mode de communication entre les individus, qu'il soit verbal ou non-verbal.

Croyances et problématiques de santé

Ici le modèle fait référence aux perceptions (énoncées par le patient, elles dépendent des croyances), aux croyances (idées fondamentales / convictions

auxquelles l'individu adhère, influencent la structure bio-psycho-sociale-spirituelle, font référence à la personnalité de la personne) et aux règles (comportements attendus car imposés par un groupe, un système, la société).

- Identification des croyances

Pour identifier les croyances du patient, il faut repérer ses perceptions dans son discours, ce qui va permettre de donner des informations sur l'étiologie, la nature du problème, le traitement et le pronostic. Pour identifier le problème, il faut identifier les croyances contraignantes et facilitantes. Elles sont issues des perceptions du patient et vont soit freiner la prise en charge ou à l'inverse, être une ressource et favoriser les stratégies d'adaptation.

Dans les interventions infirmières, il faut entrer dans le contexte socioculturel du patient pour comprendre ses perceptions et ses croyances afin de mettre en place le pattern de communication, qui est une hypothèse circulaire.

- Pattern de communication

La finalité du modèle est de créer des hypothèses sur la manière dont les croyances maintiennent la problématique et inversement. Lorsque l'hypothèse est validée auprès du patient, elle se transforme en pattern de communication.

Elaborations d'interventions infirmières

En premier, il est important de connaître ses propres croyances afin d'avoir une attitude neutre et être dans le non-jugement face au patient. En deuxième lieu, il faut reconnaître l'existence de la famille en établissant le génogramme et l'ecocarte. Ensuite, il faut reconnaître l'expérience de la famille en élaborant des questions circulaires et ainsi permettre de répertorier les perceptions du patient et mettre en évidence ses croyances. Enfin, la reconnaissance de l'expertise de la famille permet de mobiliser ses compétences tout en soulignant ses forces et ses ressources (Duhamel, 2007).

3.2.2 Lien avec la question PICOT

Nous avons décidé de développer ce modèle de soins infirmiers, car notre travail est centré sur l'entretien motivationnel et les groupes de parole. Ce modèle peut nous éclairer sur les perceptions et les croyances du patient pour nous permettre de trouver la problématique et ainsi cibler des interventions infirmières pertinentes en lien avec la situation et les besoins du patient tout en intégrant son entourage

Un lien peut être établi avec les personnes souffrant d'alcoolisme. En effet, il a été montré que cette problématique induisait un déséquilibre au sein de la famille et créait un certain malaise. Comme cité précédemment, la personne souffrant d'alcoolisme qui souhaite changer de comportement devra affronter sa famille. Cette dernière peut, soit avoir perdue confiance ou



dénigrer ses capacités de changement soit avoir pleinement confiance en elle et la soutenir dans sa décision de s'en sortir. C'est à ce niveau que le modèle de Calgary peut être bénéfique car il peut nous aider à comprendre les liens, les conflits, la relation qui règnent au sein de la famille et ainsi nous permettre d'élaborer des interventions infirmières.

Méthodologie

4.1 Méthode PICO(T)

La méthode PICO(T) permet d'effectuer une recherche efficace et systématique afin de préciser et de déterminer les concepts de la question de recherche (Fineout – Overholt & Johnston, 2005 ; Melnyk & Fineout – Overholt, 2002a ; dans Fineout – Overholt & Melnyk, 2011). L'abréviation PICOT signifie « *population* », « *intervention* », « *comparaison* », « *Outcome* » et « *temps* », mais ce dernier n'est pas toujours présent dans la question de recherche.

Selon la méthodologie PICO(T) (Melnyk & Fineout – Overholt, 2011), notre question de recherche se construit ainsi : « quelle est l'efficacité d'un suivi infirmier basé sur l'entretien motivationnel, allié à des séances de groupes de parole chez une population adulte souffrant d'alcoolisme ? ». La « population adulte souffrant d'alcoolisme » représente la population, le « suivi infirmier » représente l'intervention, les « séances de groupes de parole » représentent la comparaison et l'« entretien motivationnel » représente l'*Outcome*. Notre question ne prend pas en compte la notion de temps, car les thérapies n'ont pas un temps défini.

4.2 Elaboration et description de la question PICO(T)

Notre question de recherche est de type intervention (Melnyk & Fineout – Overholt, 2011), « quelle est l'efficacité d'un suivi infirmier basé sur l'entretien motivationnel, allié à des séances de groupes de parole chez une population adulte souffrant d'alcoolisme ? », tente de déterminer les

meilleurs soins pour le patient, plus précisément la notion de techniques spécifiques dans le cadre du traitement de l'alcoolisme.

4.3 Critères de sélection des articles

Les recherches ont été effectuées sur les bases de données suivantes : *PubMed, Cochrane, PsycInfo, Cinhal*. Le grand dictionnaire terminologique (GDT) permet en premier lieu de définir les mots-clés en anglais, ainsi que ses synonymes. Alcoolisme se traduisant : *alcoholism – alcohol addiction – ethylism*. Groupe de parole, entretien motivationnel, suivi infirmier et efficacité n'ont pas de traduction dans le GDT. Les bases de données utilisées dans ce travail de Bachelor font parties de deux thésaurus : les descripteurs *MeSH* et les descripteurs *OVID*. Les termes *MeSH* sont les suivants : « *motivational interviewing* », « *psychotherapy group* », « *therapy group* » « *comparative* », « *effectiveness research* », suivi infirmier dont découle « *nurse's role* ». En ce qui concerne les termes *OVID* ils se traduisent par : « *motivational interviewing* », « *psychotherapy group* », « *evaluation* » et alcool se traduit par « *alcohol* », « *alcohol abuse* » et « *alcoholism* ».

Pour déterminer les descripteurs *Mesh*, l'*U.S National library of Medicine* a été consulté, alors que pour définir les descripteurs *OVID*, *PsycInfo* a été utilisé (Appendice C, p. 89).

Concernant les articles, nous en avons sélectionné 15 dans les différentes bases de données citées ci-dessus. Pour les bases de données répondant aux

descripteurs *MeSH*, à savoir *Pubmed* et *Cochrane*, nous avons utilisé la stratégie suivante :

Pubmed :

- *Alcoholism* [MESH] AND *motivational interviewing* [MESH] AND *psychotherapy group* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice D, Tableau N°2, p. 90).
- *Alcoholism* [MESH] AND *psychotherapy group* [MESH] AND *effectiveness research* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 2 articles (Appendice D, Tableau N°2, p. 90).
- *Motivational interviewing* [MESH] AND *psychotherapy group* [MESH] AND *effectiveness research* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice D, Tableau N°2, p. 90).
- *Motivational interviewing* [MESH] AND *alcoholism* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice D, Tableau N°2, p. 91).
- *Alcoholism* [MESH] AND *motivational interviewing* [MESH] AND *psychotherapy* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice D, Tableau N°2, p. 91).

- *Alcoholism* [MESH] AND *motivational interviewing* [MESH] AND *psychotherapy* [MESH] AND *comparative* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice D, Tableau N°2, p. 91).
- *Nurse's role* [MESH] AND *alcoholism* [MESH] AND *motivational interviewing* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice D, Tableau N°2, p. 91).
- *Alcoholism* [MESH] AND *group* [MESH] AND *nurse's role* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice D, Tableau N°2, p. 91).

Cochrane :

- *Alcoholism* [MESH] AND *motivational interviewing* [MESH] AND *therapy group* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice E, Tableau N°3, p. 92).
- *Alcoholism* [MESH] AND *psychotherapy* [MESH]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice E, Tableau N°3, p. 92).
- *Alcoholism* [MESH] AND *effectiveness research* [MESH] AND *psychotherapy group* [MESH]. Nous n'avons pas sélectionné de filtre

au vue du peu d'articles retenus correspondant. Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice E, Tableau N°3, p. 92).

- *Alcoholism* [MESH] AND *group* [MESH] AND *effectiveness*. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice E, Tableau N°3, p. 92).

Pour la base de données répondant aux descripteurs *Headings*, à savoir *Cinhal*, nous avons utilisé la stratégie suivante :

- *Motivational interviewing* [Headings] AND *psychotherapy group* [Headings]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice F, Tableau N°4, p. 93).

Pour la base de données répondant aux descripteurs *OVID*, à savoir *PsycInfo*, nous avons utilisé la stratégie suivante :

- *Alcoholism* [OVID] AND *motivational interviewing* [OVID] AND *evaluation* [OVID]. Nous avons sélectionné le filtre, « *publication dates : 10 years* ». Cette stratégie nous a permis de trouver 1 article (Appendice G, Tableau N°5, p. 94).

4.4 Stratégie de sélection des articles

L'*impact factor* de nos articles, qui est un indice permettant de mesurer la valeur scientifique d'un journal, se situe entre 1,11 et 7.8. En effet, l'*impact factor* est le rapport entre le nombre de citations reçues sur deux ans, divisé par le nombre d'articles publiés dans le journal.

En nous référant au niveau de preuve hiérarchique de Melnyk (2013), nos articles ont un niveau de preuves de 1 à 2 (Appendice H, p. 95)

Synthèse des résultats

5.1 Synthèses des résultats des articles

VASILAKI, E. I., HOSIER, S. G., & COX, W. M. (2006). THE EFFICACY OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS A BRIEF INTERVENTION FOR EXCESSIVE DRINKING: A META-ANALYTIC REVIEW :

Cette méta-analyse randomisée contrôlée relève que l'entretien motivationnel (EM) est plus efficace qu'une absence de traitement ou d'autres thérapies telle que les cognitivo-comportementales (TCC). L'EM serait plus efficace lorsque la personne souhaite un changement ainsi que chez la population jeune. Les personnes plus âgées auraient, elles, tendance à maintenir le changement plus longtemps durant la période post-traitement.

KHAN, A., TANSEL, A., WHITE, D. L., KAYANI, W. T., BANO, S., LINDSAY, J., ... KANWAL, F. (2016). EFFICACY OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS IN INDUCING AND MAINTAINING ALCOHOL ABSTINENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASE: A SYSTEMATIC REVIEW :

Cette revue systématique présente que les interventions psychosociales, comme les TCC et l'EM, semble avoir un effet positif dans l'induction et le maintien de l'abstinence chez le sujet alcoolique avec une pathologie hépatique chronique. Cependant la rechute existe toujours. Il est souligné qu'une combinaison d'EM et de TCC menée sur une durée de 2 ans, révèle un taux de rechute plus faible que les thérapies menées sur une courte période.

KIM, J. W., CHOI, Y. S., SHIN, K. C., KIM, O. H., LEE, D. Y., JUNG, M. H., ... CHOI, I. G. (2012). THE EFFECTIVENESS OF CONTINUING GROUP PSYCHOTHERAPY FOR OUTPATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE: 77-MONTH OUTCOMES :

Cette étude quantitative quasi expérimentale met en avant que les patients qui suivent des entretiens individuels ainsi que des groupes de parole, ont un taux d'abstinence plus élevé (17.4%) que ceux qui suivent uniquement des entretiens (2.6%). Les sujets plus âgés ont un risque de rechute diminué par rapport aux plus jeunes.

Les groupes ont pour but de maintenir l'abstinence, ceci en favorisant l'écoute ainsi que la motivation en partageant les expériences et les interrogations de chacun. Les groupes permettent d'avoir l'appui soit d'un pair soit d'un expert, ou des deux.

La combinaison entre thérapies de groupe et thérapies individuelles permet la gestion de situation et d'interventions en cas de crise.

KOSZYCKI, D., RAAB, K., ALDOSARY, F., & BRADWEJN, J. (2010). THE EFFECTIVENESS AND APPLICABILITY OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING: A PRACTICE-FRIENDLY REVIEW OF FOUR META-ANALYSES:

Cette méta-analyse met en évidence que l'entretien motivationnel s'est avéré aussi efficace que d'autres thérapies, mais il est significativement plus efficace si le patient ne suit pas de traitements du tout. De plus, c'est une thérapie rapide et peu onéreuse. Toute personne qui souhaite utiliser l'entretien motivationnel doit s'entraîner pour le mettre en application. Il ne requière donc pas de formation spécifique et peut être mené tant par un

médecin que par une infirmière. Les deux approches aboutissent aux mêmes résultats. L'entretien motivationnel se révèle être un bon outil pour impliquer le patient dans son traitement. Il se montre bénéfique lorsqu'il est appliqué simultanément avec une autre thérapie, comme les Alcooliques Anonymes.

HOEPPNER, B. B., HOEPPNER, S. S., & KELLY, J. F. (2014). DO YOUNG PEOPLE BENEFIT FROM AA AS MUCH, AND IN THE SAME WAYS, AS ADULT AGED 30+? A MODERATED MULTIPLE MEDIATION ANALYSIS:

Cette étude de type « *moderated multiple mediation analysis* », contrairement à l'autre article publié par les mêmes auteurs, « *does alcoholics anonymous work differently for men and women? a moderated multiple-mediation analysis in a large clinical sample* », met en évidence l'efficacité des Alcooliques Anonymes chez deux groupes d'âge différents. Il n'en ressort pas de grandes différences dans les résultats, si ce n'est la durée de l'abstinence, qui se trouve être plus longue chez les sujets plus âgés. Cependant, les résultats concernant l'efficacité et les bénéfices acquis sont similaires à l'étude « *does alcoholics anonymous work differently for men and women? A moderated multiple-mediation analysis in a large clinical sample* ».

GARTH, W. M., REHM, J. (2011). THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOSOCIAL MODALITIES IN THE TREATMENT OF ALCOHOL PROBLEMS IN ADULTS:

Cette étude systématique démontre l'efficacité de différentes psychothérapies telles que, l'entretien motivationnel, les thérapies cognitivo-comportementales ou les interventions brèves. L'article ne révèle pas de meilleurs résultats quant à l'une ou l'autre thérapie, au contraire, il met en avant qu'elles produisent le même taux de réussite.

KELLY, J. F., & HOEPPNER, B. B. (2014). DOES ALCOHOLICS ANONYMOUS WORK DIFFERENTLY FOR MEN AND WOMEN? A MODERATED MULTIPLE-MEDIATION ANALYSIS IN A LARGE CLINICAL SAMPLE:

Cette étude de type « *moderated multiple-mediation analysis* » démontre l'efficacité des Alcooliques Anonymes (AA) (hommes et femmes confondus). En effet la participation aux séances permet de diminuer la consommation d'alcool et d'augmenter le pourcentage de jours d'abstinence. L'entourage de la personne comporte des personnes « pro-abstinence » et d'autres « pro-consommation » et, au travers des séances, le sujet va augmenter le nombre de personnes « pro-abstinence » et diminuer les personnes « pro-consommation ». Grâce à ce changement dans l'entourage du sujet alcoolique, le maintien de l'abstinence est favorisé. De plus, ce changement va également diminuer le sentiment négatif voire dépressif. Le sujet va mettre en place des stratégies de coping qui vont augmenter son sentiment d'efficacité, ce qui va lui permettre de faire face à des situations dites « à risque » (événement sportif, anniversaire,...).

BECKHAM, N. (2007). MOTIVATIONAL INTERVIEWING WITH HAZARDOUS DRINKERS:

Cette étude randomisée contrôlée met en avant l'efficacité de l'entretien motivationnel, et l'importance du rôle infirmier dans le changement de comportement du sujet. Cette intervention est un plus dans les compétences infirmières. L'étude a montré qu'une intervention auprès des sujets a permis de diminuer significativement la consommation.

MSN, J. J., BASU, D., & MSN, N. K. (2014). ARE NURSE-CONDUCTED BRIEF INTERVENTIONS (NCBIS) EFFICACIOUS FOR HAZARDOUS OR HARMFUL ALCOHOL USE ? A SYSTEMATIC REVIEW :

Cette revue systématique fournit une base de données significative concernant l'implication des infirmières en tant que thérapeutes dans le cadre d'interventions brèves (entretien motivationnel, éducation thérapeutique) pour réduire la consommation chez des patients présentant une alcoolodépendance. L'infirmière étant la composante la plus importante d'une équipe de soins, elle a donc un impact déterminant sur la diminution de la consommation. Cependant il semblerait que les infirmières manquent de temps dans l'application de thérapies brèves auprès d'une population pouvant en bénéficier. L'adoption de telles thérapies devrait être considérée, car elles constituent une base essentielle dans le développement du rôle infirmier autonome.

SANTA ANA, E. J., WULFERT, E., & NIETERT, P. J. (2007). EFFICACY OF GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING (GMI) FOR PSYCHIATRIC INPATIENTS WITH CHEMICAL DEPENDENCE:

Cette étude de cohorte offre des données sur la pertinence et la faisabilité de l'entretien motivationnel (EM) en petit groupe, alors qu'il s'agit généralement d'une thérapie individuelle. De plus, elle permet de mettre en avant que l'EM est une thérapie efficace dans de nombreux comportements addictifs.

KANER, E. F. S., DICKINSON, H. O., BEYER, F., PIENAAR, E., SCHLESINGER, C., CAMPBELL, F., ... HEATHER, N. (2009). THE EFFECTIVENESS OF BRIEF ALCOHOL INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE SETTINGS: A SYSTEMATIC REVIEW:

Cette revue systématique s'intéresse aux bénéfices d'interventions brèves, soit motivationnelles, soit d'éducation thérapeutique pour une population qui présente une consommation d'alcool à risque. Les auteurs concluent que des entretiens brefs, d'une durée maximale de 50 minutes, soit en une fois soit en de multiples interventions, peuvent avoir pour effet de diminuer le nombre d'unités consommées ainsi que les sessions de binge drinking (« beuveries »).

EMMEN, M. J., SCHIPPERS, G. M., WOLLERSHEIM, H., & BLEIJENBERG, G. (2005). ADDING PSYCHOLOGIST'S INTERVENTION TO PHYSICIANS' ADVICE TO PROBLEM DRINKERS IN THE OUTPATIENT CLINIC:

Cette étude randomisée contrôlée montre l'efficacité d'interventions brèves (entretien motivationnel) basées sur l'augmentation de la motivation

pour réduire la consommation d'alcool. Cependant les résultats ne sont pas significatifs. Un dépistage et une évaluation approfondie réalisés par le médecin, ont permis d'expliquer la diminution de la consommation. Ceci a pu avoir un effet déclencheur pour susciter un changement de comportement chez le sujet.

FERRI, M., AMATO, L., DAVOLI, M., FERRI, M., AMATO, L., & DAVOLI, M. (2009). ALCOHOLICS ANONYMOUS AND OTHER 12-STEP PROGRAMMES FOR ALCOHOL DEPENDENCE (REVIEW) :

Cette revue systématique recherche l'efficacité des programmes des Alcooliques Anonymes (AA) et des thérapies en 12 étapes par rapport à d'autres interventions psychosociales, elle ne relève pas de résultats significatifs. La participation aux AA peut être un complément à un traitement professionnel sur une longue durée. Ce groupe de parole offre une entraide, un soutien affectif en suivant un modèle d'abstinence. Leur approche émet l'hypothèse que la dépendance aux substances est une maladie spirituelle et médicale (Nowinski, 1992).

DIEPERINK, E., FULLER, B., ISENHART, C., MCMAKEN, K., LENOX, R., POCHA, C., ... HAUSER, P. (2014). EFFICACY OF MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY ON ALCOHOL USE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL:

Cette étude randomisée contrôlée démontre l'efficacité des thérapies basées sur la motivation, pouvant s'appliquer à une population de sujets alcooliques, et/ou à toute autre groupe souhaitant un changement. Ces

thérapies, peuvent se dérouler dans différents milieux, hospitaliers, ambulatoires, etc... Les résultats qui suivent la thérapie sont semblables aux résultats des autres thérapies, cependant l'évaluation après 3 et 6 mois montre que les jours d'abstinence diminuent encore pour les thérapies motivationnelles chez les patients ayant bénéficiés de ces thérapies.

MAGILL, M., KILUK, B. D., MCCRADY, B. S., TONIGAN, J. S., & LONGBAUGH, R. (2015). ACTIVE INGREDIENTS OF TREATMENT AND CLIENT MECHANISMS OF CHANGE IN BEHAVIORAL TREATMENTS FOR ALCOHOL USE DISORDERS: PROGRESS 10 YEARS LATER:

Cette revue systématique démontre que l'entretien motivationnel est une technique de gestion d'entretien et une thérapie qui montre des résultats probants dans le traitement de l'alcoolisme. Cette thérapie est récente et nécessite encore des développements. De plus cette étude appuie les bienfaits des Alcooliques Anonymes, en effet ils apportent un effet positif sur l'affect et sur le sentiment d'appartenance, ils ont comme effets également d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité et de diminuer l'affect négatif tel que la colère ou la dépression. La participation aux séances permet aux sujets de trouver un support religieux ou spirituel. Plus la participation est importante, plus le maintien de l'abstinence est long.

5.2 Résultats en lien avec la question PICO(T)

Suite à l'analyse de nos résultats à travers les grilles adaptées du Fortin (2010), nous avons pu mettre en évidence plusieurs points essentiels en lien

avec notre question PICO(T). L'étude de Dieperink, E., Fuller, B., Isenhardt, C., McMaken, K., Lenox, R., Pocha, C., ... Hauser, P. (2014), démontre l'utilité de la thérapie motivationnelle pour augmenter le pourcentage de jours d'abstinence. Cette recherche montre également la durabilité de cette thérapie, car le bénéfice tiré après 3 mois s'est vu en augmentation au-delà de 6 mois avec une diminution significative de la consommation.

Il s'est avéré que l'entretien motivationnel (EM) d'après, Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010) est bénéfique dans la diminution de la consommation d'alcool. En effet, les auteurs mettent en évidence que l'EM est significativement plus efficace que l'absence de traitement et est égal à d'autres thérapies pour diminuer le comportement à risque. L'EM permet également de responsabiliser le patient dans son engagement à changer son comportement. La recherche a démontré qu'une moyenne de 50 minutes est nécessaire à la conduite d'un entretien EM face-à-face. D'autres auteurs, Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006), appuient le fait que l'EM est plus efficace que l'absence de traitement et que sa durée moyenne optimale est de 50 minutes. Ils mettent en évidence que les personnes cherchant de l'aide sont plus à même de changer leur comportement à risque et sont également plus motivées, contrairement à celles qui ne manifestent pas de demandes particulières. L'étude révèle qu'il n'y a pas de différences dans les bénéfices tirés de cette thérapie entre le sexe et l'âge. Néanmoins, les sujets d'âge mûr sont plus actifs durant la thérapie et ont tendance à maintenir leur abstinence sur la durée, à l'inverse

des sujets plus jeunes. Kim, J. W., Choi, Y. S., Shin, K. C., Kim, O. H., Lee, D. Y., Jung, M. H., ... Choi, I. G. (2012), sont arrivés à la même conclusion que les sujets âgés maintiennent leur abstinence sur une plus longue période à contrario des sujets plus jeunes. Cette étude nous permet de confirmer ce qui ressort d'autres études sur les bénéfices que retirent les individus qui suivent des entretiens individuels combinés à des thérapies de groupe. Ceci démontre bien que la complémentarité des 2 thérapies est bénéfique dans la réduction de la consommation d'alcool, et peut mener également à l'abstinence.

Concernant les groupes de parole, l'article de Magill, M., Kiluk, B. D., Mccrady, B. S., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (2015), étudie les Alcooliques Anonymes (AA). Nous avons relevé que ces groupes de parole ont un effet positif sur l'affect et augmentent le sentiment d'appartenance et d'auto-efficacité. Ceci nous permet de répondre à notre question PICO(T) en affirmant que les groupes de parole type AA sont bénéfiques dans la réduction de la consommation ainsi que dans le maintien de l'abstinence. Nous pouvons mettre en lien cette affirmation avec l'article de Kim, J. W., Choi, Y. S., Shin, K. C., Kim, O. H., Lee, D. Y., Jung, M. H., ... Choi, I. G. (2012), pour démontrer l'efficacité de la complémentarité des groupes de parole et des thérapies individuelles. Afin d'appuyer cette affirmation, Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2009), démontrent que les Alcooliques Anonymes peuvent être un bon complément à un traitement professionnel sur une longue durée.

L'un des concepts majeurs de notre question PICO(T) est le rôle infirmier. Afin de savoir qu'elle est la place de l'infirmière dans ces thérapies, Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010), ne recommandent pas de formation spécifique si ce n'est de l'entraînement afin d'appliquer correctement l'entretien motivationnel. Que ce soit une infirmière ou un médecin, les résultats sont les mêmes. De plus, en utilisant l'entretien motivationnel, le patient est responsabilisé face à sa santé par son implication dans le traitement, par la résolution de son ambivalence et par le maintien de l'abstinence.

L'étude de Beckham, N. (2007), relève l'importance du rôle infirmier dans le changement de comportement, car les infirmières constituent la plus grande partie du personnel des équipes de soins. Comme l'indique Msn, J. J., Basu, D., & Msn, N. K. (2014) dans leur étude, grâce à la proximité entre les infirmières et les patients, intégrer l'EM à leurs compétences ne peut être que bénéfique.

5.3 Lien avec le cadre théorique

Suite aux données répertoriées en lien avec notre question PICO(T), nous pouvons éclairer cette dernière à l'aide du modèle de Calgary (Wright et Leahey, 2005). En effet, ce modèle guide la collecte de données à analyser et permet l'élaboration d'interventions infirmières à travers la formulation d'hypothèses. Dans le cadre de l'entretien motivationnel, d'après Beckham, N. (2007), négocier le changement de comportement avec le patient au



travers d'entretiens fait partie des compétences de l'infirmière. Conduire cet entretien et répertorier les données à l'aide de ce modèle permet de connaître l'histoire de vie du patient ainsi que les raisons de son comportement face à la consommation d'alcool. Lors de la collecte des données, il faut établir un génogramme permettant de connaître les liens familiaux, ainsi qu'une ecocarte mettant en évidence les réseaux du patient en dehors de sa famille. L'élaboration de ces deux outils va permettre d'identifier les personnes de l'entourage qui favorisent ou non un comportement à risque. En effet, d'après Kelly, J. F., & Hoepfner, B. B. (2014), l'entourage du patient comporte des personnes dites « pro-abstinence » et d'autres « pro-consommation ». C'est en identifiant ces individus et en favorisant le nombre de personnes « pro-abstinence » que le maintien de l'abstinence est favorisé. Les interventions prioritaires vont cibler l'identification de stratégies d'adaptation afin de diminuer le comportement à risque.

5.4 Perspectives/propositions pour la pratique

Après l'analyse de nos articles, nous pouvons mettre en évidence que le rôle infirmier à tout son sens dans la réduction des comportements à risque.

D'après Morel et al. (2010), l'identification des besoins du patient peut mener à adopter des changements dans sa vie grâce à des approches thérapeutiques différentes.

Grâce aux résultats des études, nous constatons que l'entretien motivationnel obtient des résultats significatifs et probants quant à l'efficacité dans la réduction de consommation. Les groupes de parole eux, se sont révélés bénéfiques mais les différentes recherches n'ont pas démontré de résultats significatifs. Il a toutefois été souligné que l'association à des thérapies individuelles augmentait la durée de l'abstinence. Dans nos recherches nous n'avons pas répertorié d'études visant à évaluer l'efficacité de l'entretien motivationnel allié à des groupes de parole. Malgré tout nous pouvons émettre l'hypothèse que l'entretien motivationnel permet au patient d'avoir un suivi personnalisé et une prise en charge individuelle. Cela lui permet également de se responsabiliser face à sa santé. En plus de cette prise en charge personnelle, il ne peut être que bénéfique pour le patient de participer, en parallèle, à des groupes de parole, cela dans le but de pouvoir partager ses expériences ainsi que son vécu avec des pairs et non plus qu'avec des experts.

Suite à toutes ces analyses, nous proposons d'intégrer les proches dans le suivi de la thérapie. En effet, nous pourrions leur enseigner quelques techniques de bases issues de l'entretien motivationnel, cela dans le but de leur fournir des outils utiles pour soutenir la personne alcoolique, dans des situations à risque, lors de périodes de doutes, et/ou pour assurer le maintien de l'abstinence. Ces techniques leur donneraient quelques notions sur le processus pathologique en cours afin d'avoir une meilleure

compréhension de la situation de santé de leur proche. Toutefois cela leur demanderait un certain recul ainsi qu'un suivi de la part d'un professionnel.

Conclusion

6.1 Apport du travail de Bachelor

La réalisation du travail de Bachelor nous a appris à effectuer des recherches et nous a aussi appris à sélectionner des articles scientifiques dans des bases de données. Cela nous permettra à l'avenir de chercher des données probantes issues de recherches empiriques et de pouvoir les appliquer dans notre quotidien professionnel afin d'améliorer notre pratique. Nous avons également développé un esprit critique en triant les différents articles répertoriés et pertinents en lien avec notre question de recherche. A travers le développement de notre thématique et de son analyse, nous avons étendu nos connaissances et nos compétences sur la base de données probantes, en particulier en ce qui concerne la mise en application de l'entretien motivationnel et les bienfaits des groupes de parole en lien avec le rôle infirmier. En effet, la pratique de l'EM n'est pas restreinte à un niveau d'étude comme exprimé par Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010). La mise en place d'interventions infirmières brèves, basées sur le motivationnel, est à considérer pour un futur développement du rôle infirmier autonome comme l'expliquent Msn, J. J., Basu, D., & Msn, N. K. (2014) dans leur étude. Ces interventions ont pour but d'initier un processus de changement, que ce soit dans un service de chirurgie, de consultation ambulatoire, d'urgences ou autres, chez une population présentant des comportements à risque tels que l'obésité, l'alcoolisme, le tabagisme et/ou la consommation de toxiques, par exemple. En effet, l'EM a un cercle d'action large qui s'étend aux maladies chroniques, psychiatriques et à la prévention,

comme le cite Miller et Rollnick (2006). L'objectif de ces interventions, pour la population qui en bénéficie, tend vers l'adoption de comportements de santé. Miller et Rollnick (2006) définissent l'entretien motivationnel comme « une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller, Rollnick, 2006, p. 31).

Pour permettre la rédaction de ce travail, nous avons également dû développer un esprit de synthèse afin de cibler et de détailler les données importantes et pertinentes pour répondre à notre question PICO(T), tout en filtrant les données qui n'étaient ni adéquates, ni en lien directe avec notre question de recherche.

En ce qui concerne le travail en groupe, le travail de Bachelor nous a permis de mieux apprendre à collaborer, tout en partageant et confrontant nos différents points de vue et idées. Cependant, par moment nous avons rencontré quelques désaccords mais nous avons pu, à chaque fois, trouver un consensus en nous appuyant sur l'un ou l'autre article de notre recherche.

6.2 Limites

Lors de l'analyse des articles à l'aide des grilles adaptées du Fortin (2010), nous avons été confrontés à des difficultés de traduction de l'anglais au français. De plus, la méthodologie utilisée par les différents devis de recherches, nous a été difficile à comprendre et à expliquer au moyen des grilles d'analyse. Le niveau de preuves des articles retenus est également à

questionner et permet de prendre du recul sur les résultats trouvés. En effet, nous avons des articles récents, qui ont un *impact factor* inférieur à 1.5 et un niveau de preuve hiérarchique se situant entre 1 et 2, ce qui ne nous donne pas l'assurance de leur pertinence.

Concernant la question PICO(T), les différentes recherches effectuées sur les bases de données, ne nous ont pas permis de répondre clairement à la question. En effet, les différents articles ciblaient soit les bénéfices des entretiens motivationnels, soit ceux des groupes de parole. De ce fait, nous avons émis des hypothèses et supposé les bénéfices des deux thérapies énoncées dans notre question de recherche, en combinant les conclusions de chacune des études. Après réflexion, nous constatons que la traduction effectuée des mots-clés du français à l'anglais, n'avait pas toujours la même signification linguistique, ce qui pourrait expliquer le fait que nous n'avons pas trouvé de données sur l'alliance des deux thérapies énoncées. Nous réalisons après avoir effectué nos recherches sur les bases de données que nous n'aurions pas dû conserver le terme «groupe de parole» au sens général mais préciser le type de groupe, cela afin d'avoir un moins grand échantillonnage de groupes de parole à comparer.

6.3 Perspectives pour la recherche

En réalisant la synthèse des résultats, nous avons pu mettre en évidence les bénéfices tirés de chaque thérapie. Plusieurs études exprimaient des résultats significatifs, en particulier pour l'entretien motivationnel. Pour les

groupes de parole, les études n'ont pas pu démontrer de résultats significatifs mais leur efficacité est tout de même prise en compte. Cependant, comme dit précédemment, aucune étude répertoriée dans notre recherche n'alliait l'EM avec les groupes de parole. Toutefois une étude s'est penchée sur les bénéfices des entretiens individuels et des groupes de parole (Kim, J. W., Choi, Y. S., Shin, K. C., Kim, O. H., Lee, D. Y., Jung, M. H., ... Choi, I. G., 2012) mais le type d'entretien n'est pas décrit. Nous pensons qu'une future recherche alliant l'EM aux groupes de parole serait à envisager et intéressante, d'autant plus que les bénéfices sur la diminution de la consommation d'alcool de chacune des deux thérapies sont mis en évidence. Le patient a ainsi un soutien personnalisé à travers l'EM et un soutien collectif lui permettant de partager et d'exprimer son vécu dans chacun des groupes.

Notre analyse nous a menés à une seconde réflexion concernant l'intégration de la famille dans les prises en charge. En effet, selon Kiefer et Mann (2007), une bonne intégration sociale dans la structure familiale et professionnelle, permet un meilleur maintien de la phase d'abstinence. Toutefois, une seule étude fait référence à cet aspect dans le processus de diminution de la consommation. Les auteurs Kelly, J. F., & Hoepfner, B. B. (2014), soulignent l'importance de favoriser, dans l'entourage, les personnes « pro-abstinence ». Le rôle infirmier consiste à aider le patient dans son cheminement vers la diminution de sa consommation par l'utilisation des thérapies, mais il consiste également dans le soutien de son entourage face

à la situation. Pour aider les proches, nous pouvons les sensibiliser à la pathologie et à certaines techniques de l'entretien motivationnel. Ces outils ont pour objectifs de les aider à faire face lors de situations dites à risque pour le sujet souffrant d'alcoolodépendance et d'aller toujours dans le sens de l'EM, c'est-à-dire, soutenir le processus de changement. De ce fait il nous paraît intéressant, dans le futur, de mener des recherches pour identifier l'impact réel du soutien de l'entourage dans le processus d'abstinence de la personne.

Références

Akram, Y., Copello, A., & Moore, D. (2014). Family-based interventions for substance misuse: a systematic review of systematic reviews--protocol. *Systematic Reviews*, 3 (1), 90. <http://doi.org/10.1186/2046-4053-3-90>

Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 39 (10), 1852–1862. <http://doi.org/10.1111/acer.12848>

Alcool, S. (2012). Fiche d'information : Traitement de la dépendance
Sommaire.

Andrasson, S., Danielsson, A. K., & Wallhed-Finn, S. (2013). Preferences regarding treatment for alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 48 (6), 694–699. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agt067>

Archambault, J.-C. (1992). *Comprendre et traiter les alcooliques*. Paris, France : Editions Frison-Roche

Bacio, G. A., Lunny, K. F., Webb, J. N., & Ray, L. A. (2014). Alcohol use following an alcohol challenge and a brief intervention among alcohol-dependent individuals. *American Journal on Addictions*, 23 (1), 96–101. <http://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.12071.x>

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., ... Tarrier, N. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 341, c6325. <http://doi.org/10.1136/bmj.c6325>

Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19 (2), 103–110.
<http://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00200.x>

Campanella, S., Petit, G., Verbanck, P., Kornreich, C., & Noel, X. (2011). How cognitive assessment through clinical neurophysiology may help optimize chronic alcoholism treatment. *Neurophysiologie Clinique*, 41 (3), 115–123.
<http://doi.org/10.1016/j.neucli.2011.04.001>

Chabrol, H., Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Paris, France : Dunod

Chinn, P.L., Kramer, M.K. (2010). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St-Louis, Missouri, Etats-Unis : Mosby

Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*. Québec, Canada : Chenelière

De, J., Eap, C. B., Khazaal, Y., Montagnin, Y., Simon, O., Tissot, H., ...
Montagnin, Y. (2008). Dépendances La revue des acquisitions thérapeutiques s'est portée sur, 8–13.

De Meuron L.-D. (1999). *Préfergier, 150 ans au service de la psychiatrie*. Hauterive, Suisse : Edition Gilles Attinger

Despland, J., & Eap, C. B. (2013). *Psychiatrie*, 76–79

Dieperink, E., Fuller, B., Isenhardt, C., McMaken, K., Lenox, R., Pocha, C., ... Hauser, P. (2014). Efficacy of motivational enhancement therapy on alcohol use disorders in patients with chronic hepatitis C: A randomized controlled trial. *Addiction*, 109 (11), 1869–1877. <http://doi.org/10.1111/add.12679>

Dom, G. (2000). *Troubles psychotiques et accoutumance. Comment les traiter ensemble ?* Bruxelles, Belgique : EPO

DSM-IV-TR (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux, France : Masson

Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille: Une approche systémique en soins infirmiers* (2nd ed.). Montréal, Canada : Gaëtan Morin

Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique. Volume 1 Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide*. Boucherville, Canada : Gaëtan Morin éditeur

Emmen, M. J., Schippers, G. M., Wollersheim, H., & Bleijenberg, G. (2005). Adding psychologist's intervention to physicians' advice to problem drinkers in the outpatient clinic. *Alcohol and Alcoholism*, 40 (3), 219–226. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agh137>

Fawcett, J., DeSanto – Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Third edition. Philadelphia, Etats-Unis: F.A. Davis Company

Ferri, M., Amato, L., & Davoli, M. (2009). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence (Review). The Cochrane Collaboration, (3), 10–12. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD005032.pub2>. Copyright

Fortin, F., & Gagnon, J. (2010) *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Deuxième édition. Montréal, Canada : Chenelière Education

Flores, P. J. (2006). Conflict and Repair in Addiction Treatment: An Attachment Disorder Perspective. *Journal of Groups in Addiction Recovery*, 1 (1), 5–26. <http://doi.org/10.1300/J384v01n01>

Garth, W. M., Rehm, J. (2011). The Effectiveness of Psychosocial Modalities in the Treatment of Alcohol Problems in Adults : Review of the Evidence

Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Paris, France : Les Editions de Minuit

Gordon, A. J., Jenkins, J. A., & Galanter, M. (2015). International Addiction Scholarship: Promise, Progress, and Results From the Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine. *Substance Abuse*, 36(2), 129–130. <http://doi.org/10.1080/08897077.2015.1033887>

Hoepfner, B. B., Hoepfner, S. S., & Kelly, J. F. (2014). Do young people benefit from AA as much, and in the same ways, as adult aged 30+? A

moderated multiple mediation analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 143 (1), 181–188. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.023>

Jaquet, P. (2013). *Dépendances. Comprendre, agir, aider. Guide pour les proches et les employeurs*. Lausanne, Suisse : Editions Favre SA

Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., ... Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28 (3), 301–323. <http://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00071.x>

Kelly, J. F., & Hoepfner, B. B. (2014). MEN AND WOMEN? A MODERATED MULTIPLE-MEDIATION, 130 (0), 186–193. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.11.005.DOES>

Kiefer, F., & Mann, K. (2007). Evidenzbasierte behandlung der alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt*, 78 (11), 1321–1331. <http://doi.org/10.1007/s00115-007-2345-6>

Kim, J. W., Choi, Y. S., Shin, K. C., Kim, O. H., Lee, D. Y., Jung, M. H., ... Choi, I. G. (2012). The Effectiveness of Continuing Group Psychotherapy for Outpatients with Alcohol Dependence: 77-Month Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36 (4), 686–692. <http://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01643.x>

Khan, A., Tansel, A., White, D. L., Kayani, W. T., Bano, S., Lindsay, J., ... Kanwal, F. (2016). Efficacy of Psychosocial Interventions in Inducing and

Maintaining Alcohol Abstinence in Patients With Chronic Liver Disease: A Systematic Review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14 (2), 191–202.e4. <http://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.07.047>

Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (4), 430–441. <http://doi.org/10.1002/jclp>

Kovess, V., Lesage, A., Boisguerin, B., Fournier, L., Lopez, A., Ouellet, A. (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris, France : Flammarion Médecine – Sciences

Magill, M., Kiluk, B. D., Mccrady, B. S., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (2015). Active Ingredients of Treatment and Client Mechanisms of Change in Behavioral Treatments for Alcohol Use Disorders: Progress 10 Years Later.

Miller, W.R., Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel*. Paris, France : InterEditions-Dunod

Monnat, M., Grivel, J., & Tomei, A. (2011). *Dépendances*, 16–19.

Monjauze, M. (2008). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Paris, France : Edition In Press

Morel, A., Couteron, J-P., Fouilland, P. (2010). *L'aide-mémoire d'addictologie*. Paris, France : Dunod

Msn, J. J., Basu, D., & Msn, N. K. (2014). Are nurse-conducted brief interventions (NCBI) efficacious for hazardous or harmful alcohol use ? A systematic review, 203–210.

Nathan, P. E., Conrad, M., & Skinstad, A. H. (2016). History of the Concept of Addiction. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), annurev-clinpsy-021815-093546. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093546>

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2011). Consommation d'alcool en Suisse. Enquête Suisse Sur La Santé et Son Analyse Par Addiction Info Suisse, 1–22.

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2014). Abus d'alcool. *Consommation d'alcool à risque*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/10157/index.html?lang=fr>

Organisation mondiale de la santé. (2015). *Syndrome de dépendance*. Repéré à http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/

Organisation mondiale de la santé. (2015). *La santé mentale : renforcer notre action*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

Pépin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Québec, Canada : Chenelière

Quartier, F. (2010). Lecture contemporaine de la psychopathologie en milieu hospitalier *Psychiatrie et psychanalyse* : 1765–1769.

Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.c. (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation*. Paris, France : Dunod

Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (5), 816–22. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.816>

Schiepek, G., Noichl, F., Tischer, D., Honermann, H., & Elbing, E. (2001). Stationne rehabilitation alkoholabhngiger patienten: Evaluation eines systemisch-ressourcenorientierten konzepts. *Psychotherapeut*, 46 (4), 243–251. <http://doi.org/10.1007/s002780100133>

Tabac , alcool et cannabis : la consommation de la population suisse reste stable en 2014. (2014), 782–784.

Testa, A., Giannuzzi, R., Sollazzo, F., Petrongolo, L., Bernardini, L., & Dain, S. (2013). Psychiatric emergencies (part II): psychiatric disorders coexisting with organic diseases. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17 Suppl 1 (Suppl 1), 65–85.

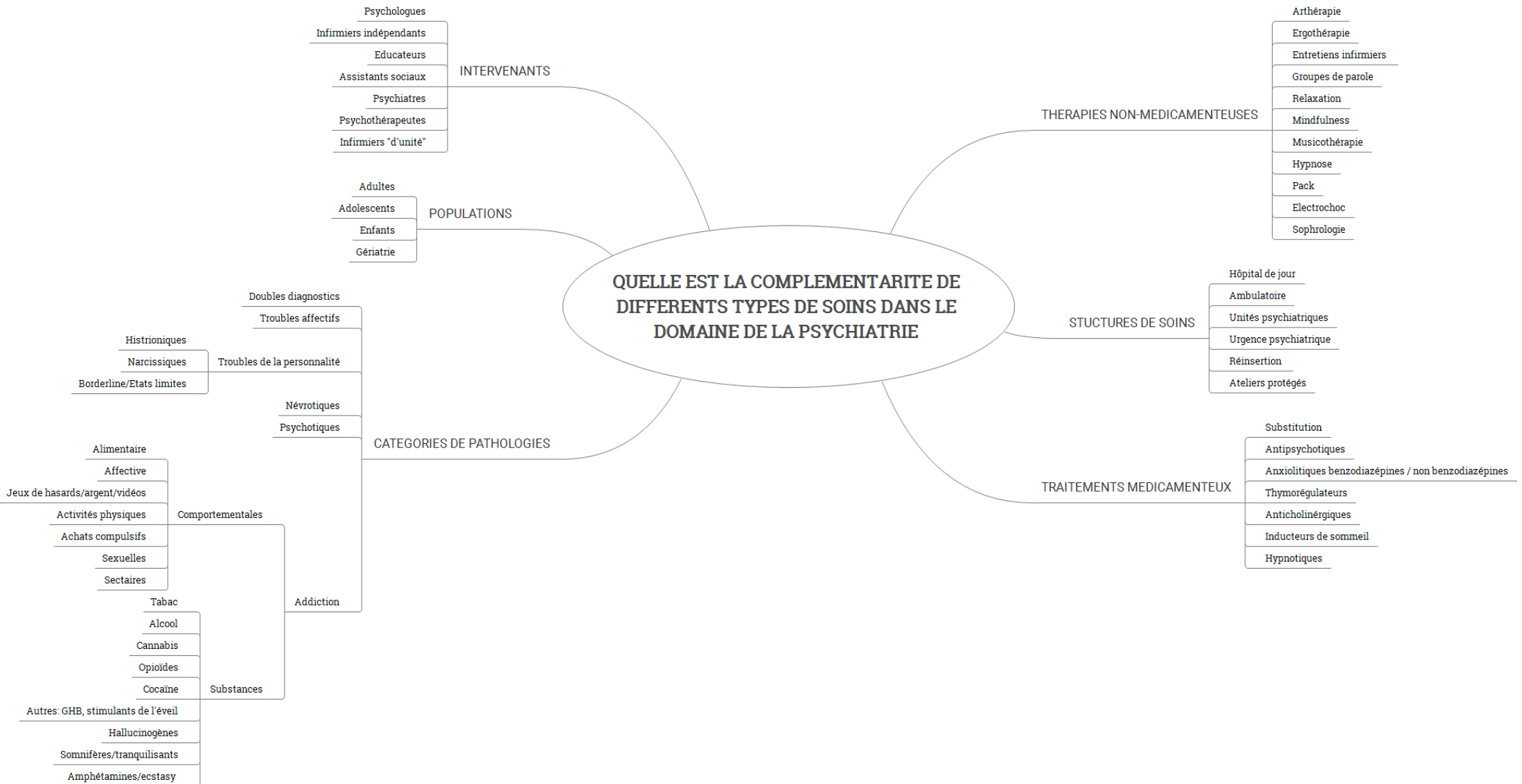
Townsend, M. C. (2009). *Soins infirmier. Psychiatrie et santé mentale*. Saint-Laurent, Canada : ERPI

Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41 (3), 328–335. <http://doi.org/10.1093/alcalc/agl016>

Annexes

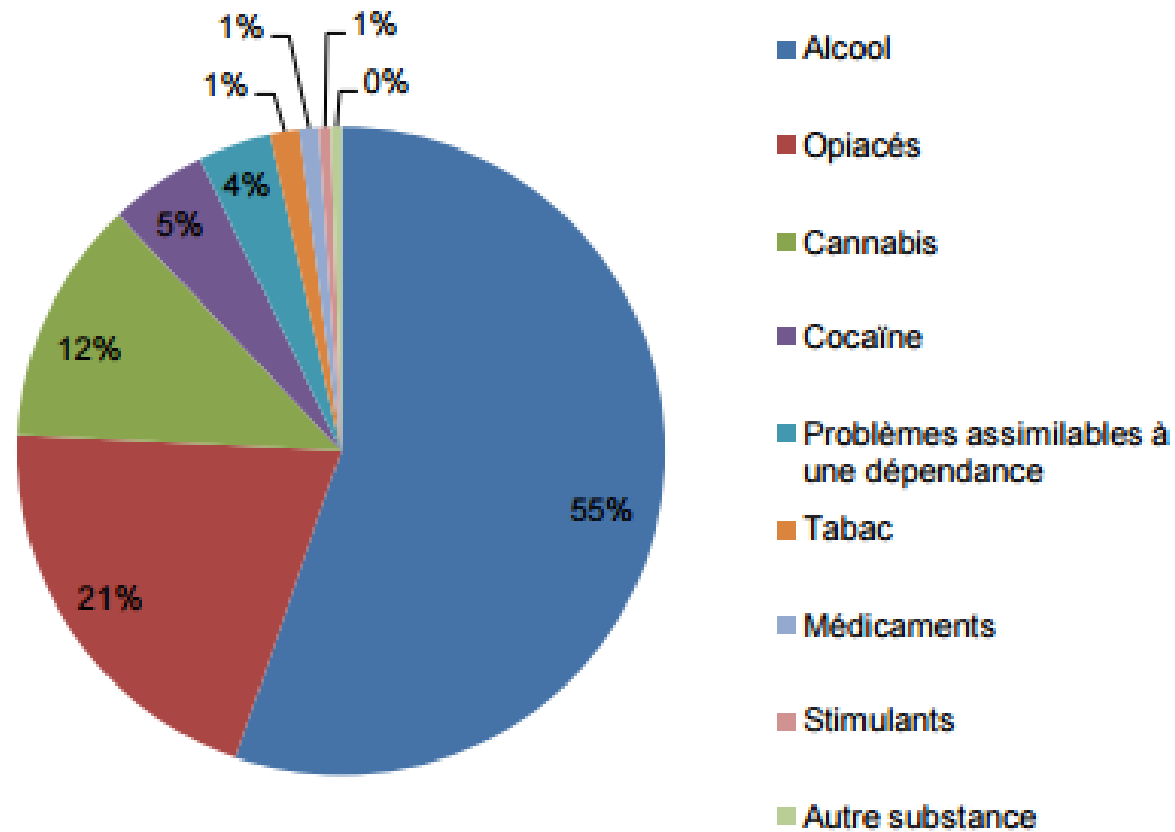
Appendice A

Carte conceptuelle



Appendice B

Schéma OFSP, 2010

Problème principal lors de l'admission

Appendice C

Tableau numéro 1 : Question PICO

	P	I		C	O
<i>Mots-clés français</i>	Adulte souffrant d'alcoolisme	a) Suivi infirmier b) Rôle infirmier	Efficacité	Séance de groupe de parole	Entretien motivationnel
<i>Mots-clés anglais</i>	a) Alcoholism b) Alcohol c) Alcohol misues d) Alcohol abuse	a) Nursing follow b) Nursing role	a) Comparative b) Effectiveness research	Psychotherapy group	Motivational interviewing
<i>Descripteurs MeSH</i>	Alcoholism	Nurse's role	a) Effectiveness research, comparative b) Research, comparative effectiveness	Psychotherapy group	Motivational interviewing
<i>Descripteurs OVID</i>	Alcoholism	-	Evaluation	Psychotherapy group	Motivational interviewing
<i>Descripteurs Headings</i>	<i>Alcoholism</i>	<i>Nurse's role</i>	<i>Evaluation</i>	<i>Psychotherapy group</i>	<i>Motivational interviewing</i>

Appendice D

Tableau numéro 2 : Articles sélectionnés sur PubMed

Descripteurs MeSH	Avant filtre de 10 ans	Après filtre de 10 ans	Articles retenus
<i>Alcoholism</i> AND <i>Motivational interviewing</i> AND <i>Psychotherapy group</i>	24	18	The efficacy of motivational interviewing as brief intervention for excessive drinking : A meta-analytic review
<i>Alcoholism</i> AND <i>Psychotherapy group</i> AND <i>Effectiveness research</i>	59	26	Efficacy of psychosocial interventions in inducing and maintaining alcohol abstinence in patients with chronic liver disease : A systematic revue
<i>Alcoholism</i> AND <i>Psychotherapy group</i> AND <i>Effectiveness research</i>	59	26	The effectiveness of countinuing group psychotherapy for outpatients with alochol dependance : 77-month outcomes
<i>Motivational interviewing</i> AND <i>Psychotherapy group</i> AND <i>Effectiveness research</i>	28	19	The effectiveness and applicability of motivational interviewing : a practice-friendly review of four meta-analyses

<i>Motivational interviewing</i> AND <i>Alcoholism</i>	247	190	Do young people benefit from AA as much, and in the same ways, as adults aged 30+? A moderated multiple mediation analysis
<i>Alcoholism</i> AND <i>Motivational interviewing</i> AND <i>Psychotherapy</i>	102	86	The effectiveness of psychosocial modalities in the treatment of alcohol problems in adults: a review of the evidence
<i>Alcoholism</i> AND <i>Motivational interviewing</i> AND <i>Psychotherapy</i> AND <i>Comparative</i>	17	14	Does alcoholics anonymous work differently for men and women a moderated multiple-mediation analysis in a large clinical sample
<i>Nurse's role</i> AND <i>Alcoholism</i> AND <i>Motivational interviewing</i>	2	2	Motivational interviewing with hazardous drinkers
<i>Alcoholism</i> AND <i>Group</i> AND <i>Nurse's role</i>	14	8	Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic review

Appendice E

Tableau numéro 3 : Articles sélectionnés sur Cochrane

Descripteurs MeSH	Avant filtres de 10 ans	Après filtre de 10 ans	Articles retenus
<i>Alcoholism</i> AND <i>Motivational interviewing</i> AND <i>Therapy group</i>	25	18	Efficacy of group motivational interviewing for psychiatric inpatients with chemical dependence
<i>Alcoholism</i> AND <i>Psychotherapy</i>	36795	189	The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings : A systematic review
<i>Alcoholism</i> AND <i>Effectiveness research</i> AND <i>Psychotherapy group</i>	6	Pas de filtre	Adding psychologist's intervention to physicians' advice to problem drinkers in the outpatient clinic
<i>Alcoholism</i> AND <i>Group</i> AND <i>Effectiveness</i>	306	7	Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence (Review)

Appendice F

Tableau numéro 4 : Article retenu sur Cinhal

Descripteurs Headings	Avant filtre de 10 ans	Après filtre de 10 ans	Articles retenus
<i>Motivational interviewing</i> AND <i>Psychotherapy group</i>	86	78	Efficacy of motivational enhancement therapy on alcohol use disorders in patients with chronic hepatitis C : A randomized controlled trial

Appendice G

Tableau numéro 5 : Article retenu sur PsycINFO

Descripteurs OVID	Avant filtre de 10 ans	Après filtre de 10 ans	Articles retenus
<i>Alcoholism</i> AND <i>Motivational interviewing</i> AND <i>Evaluation</i>	2646	2062	Active ingredients of treatment and client mechanisms of change in behavioral treatments for alcohol use disorders: Progress 10 years later.

Appendice H

Tableau des niveaux de preuves

Articles	Niveau de preuves
The efficacy of motivational interviewing as brief intervention for excessive drinking : A meta-analytic review	Méta-analyse randomisée contrôlée
Efficacy of psychosocial interventions in inducing and maintaining alcohol abstinence in patients with chronic liver disease : A systematic revue	Revue systématique
The effectiveness of countinuing group psychotherapy for outpatients with alochol dependance : 77-month outcomes	Etude quantitative quasi-expérimental
The effectiveness and applicability of motivational interviewing : a practice-friendly review of four meta-analyses	Meta-analyse
<i>Do young people benefit from AA as much, and in the same ways, as adults aged 30+? A moderated multiple mediation analysis</i>	<i>moderated multiple mediation analysis</i>
The effectiveness of psychosocial modalities in the treatment of alcohol problems in adults: a review of the evidence	Etude systématique (basées sur randomisée contrôlée)
<i>Does alcoholics anonymous work differently for men and women a moderated multiple-mediation analysis in a large clinical sample</i>	<i>moderated multiple mediation analysis</i>

Motivational interviewing with hazardous drinkers	Etude randomisée contrôlée
Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic review	Revue systématique
Efficacy of group motivational interviewing for psychiatric inpatients with chemical dependence	Etude de cohorte
The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings : A systematic review	Revue systématique
Adding psychologist's intervention to physicians' advice to problem drinkers in the outpatient clinic	Etude randomisée contrôlée
Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence (Review)	Revue systématique
Efficacy of motivational enhancement therapy on alcohol use disorders in patients with chronic hepatitis C : A randomized controlled trial	Etude randomisée contrôlée
Active ingredients of treatment and client mechanisms of change in behavioral treatments for alcohol use disorders: Progress 10 years later.	Revue systématique

Appendice I

Grilles adaptées du Fortin (2010)

VASILAKI, E. I., HOSIER, S. G., & COX, W. M. (2006). THE EFFICACY OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS A BRIEF INTERVENTION FOR EXCESSIVE DRINKING: A META-ANALYTIC REVIEW

Eléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre précise les concepts suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'efficacité de l'entretien motivationnel ○ Personne souffrant d'alcoolisme ○ L'étude est une méta-analyse
Résumé	<p>Le résumé synthétise la recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le but de la recherche est de savoir si 1) l'entretien motivationnel est plus efficace dans la diminution de la consommation d'alcool que l'absence de traitement et 2) l'entretien motivationnel est aussi efficace qu'un autre traitement ○ Cette étude est une méta-analyse randomisée contrôlée ○ Les résultats ont révélés 22 études pertinentes qui comparaient l'entretien motivationnel sans traitement et l'entretien motivationnel avec traitement. Les résultats démontrent qu'il y a différents facteurs qui peuvent influencer l'entretien motivationnel sur un long terme. ○ La conclusion stipule qu'en bref l'entretien motivationnel est efficace. Cependant d'autres études devraient mettre l'accent sur les facteurs pouvant influencer les résultats, tels que l'âge, le sexe, le statut familial, l'état mental, la volonté de changer. Elle souligne également qu'il faudrait comparer les composants afin de savoir ce qui est responsable du maintien du changement sur le long terme.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Il s'agit ici d'étudier les thérapies brèves auprès de personnes souffrant d'alcoolisme. Quel type de population profitera le plus de ce type de thérapie.</p>

	<p>Plus tard dans l'introduction il sera spécifié que le problème touchera plus précisément l'entretien motivationnel et que le type de population le plus approprié pour bénéficier de cette thérapie est la population souffrant de dépendance de degré modéré.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été faite. Les auteurs ont examiné trois revues qui mettaient en avant l'efficacité des thérapies brève telle que l'entretien motivationnel (EM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La première concernait 11 études randomisées contrôlées (9 avec des patients alcooliques et 2 avec des patients toxicomanes). Les auteurs de cette étude ont conclu que l'EM était efficace chez les personnes ayant des problèmes de dépendances. ○ La seconde a examiné l'efficacité de l'EM à travers 29 études randomisées contrôlées. Ces études ont été faites auprès de 4 types de dépendances/domaines : <ul style="list-style-type: none"> - Toxicomanie - Tabagisme - Prise de risque VIH - Régime/exercice <p>Le résultat de cette étude a démontré que l'EM était le plus efficace chez les personnes souffrant de grandes dépendances.</p> ○ La troisième a analysé 30 essais cliniques contrôlés (alcoolisme, toxicomanie, régime/exercice, trouble du comportement alimentaire, risque de VIH, abus de traitement et tabagisme). Les auteurs ont trouvé que l'EM était plus efficace que d'autres traitements mais également plus efficace que si la personne ne suit pas de traitements.
Cadre de recherche	<p>Les concepts de cette étude sont clairement identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'entretien motivationnelle ○ Problème d'alcool ○ La population cible concernée par les interventions brèves : <ul style="list-style-type: none"> - Population qui ne se considère pas comme étant alcoolique

	<ul style="list-style-type: none"> - Population avec un degré de dépendance modéré - Population avec un haut degré de dépendance <p>Les 2 plus adaptées étant les 2 dernières.</p>
Buts et question de recherche	Le but de cette étude, qui compare les résultats des études précédentes, est d'examiner si 1) l'entretien motivationnel est plus efficace dans la diminution de la consommation d'alcool que l'absence de traitement et 2) l'entretien motivationnel est aussi efficace qu'un autre traitement.
METHODE	
Population et échantillon	Cette étude est une méta-analyse, de ce fait la population et l'échantillon ne sont pas clairement définis.
Considérations éthiques	L'article est une méta-analyse donc il n'y a pas de considérations éthiques.
Devis de recherche	<p><i>Literatur search</i></p> <p>Pour réaliser leur méta analyse, les auteurs ont récolté, entre 1983 et 2003, différentes études identifiées à l'aide des termes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Motivational interviewing ○ Brief intervention ○ Motivational enhancement therapy <p>Ils les ont récoltés sur divers bases de données :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ MEDLINE ○ PsychInfo ○ Science Direct ○ Ingenta
Modes de collectes de données	<p><i>Inclusion criteria</i></p> <p>Les études sélectionnées devaient répondre à divers critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les brèves interventions devaient correspondre aux principes de l'entretien motivationnel selon Miller et Rollnick ○ Les études devaient être des entretiens « face à face » et non par ordinateur ou par téléphone ○ Les participants devaient être assignés à des groupes aléatoirement ○ Elles devaient comprendre un groupe de comparaison

Conduite de la recherche	<p><i>Methodological quality score</i></p> <p>La qualité de chaque étude a été évaluée à l'aide de 12 critères (développé par Miller). Le total de ces critères est égal à 17 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Attribution de groupe ○ Contrôle de qualité ○ Taux complémentaires ○ Temps ○ Contact ○ Garanties ○ Objectifs ○ Abandons de traitement ○ Usure ○ Indépendant ○ Analyse ○ Multisite
Analyse des données	<p><i>Analysis of effect sizes</i></p> <p>L'analyse des données ont été calculées à l'aide de « Effect Size Calculator » de Coe (2000). Les valeurs indiquent que l'EM obtient les meilleurs résultats. Les études ont été classées en 2 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'EM vs non-traitement ○ L'EM vs un traitement de comparaison <p>Seulement les études démontrant un changement de consommation ont été prises en compte.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et les auteurs les ont résumés sous forme de textes narratifs.</p> <p>Parmi les 22 études :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 7 ont examinés l'efficacité de l'EM chez les étudiants en université ○ 6 ont examinés l'efficacité en milieu ambulatoire ○ 5 en milieu d'urgence ou en milieu hospitalier avec des patients disant avoir des problèmes d'alcool ○ 2 en milieu spécialisé en toxicomanie ○ 1 offrant l'EM comme traitement d'entrée ○ 1 seul article a rapporté un résultat défavorable à l'EM

	<p>Qualité des études incluses dans la méta-analyse : Parmi les 22 articles, 7 études ont été exclues de la future analyse car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion ou parce que les informations fournies étaient inadéquates. Un tableau a été réalisé afin de démontrer le score (selon l'échelle MQS) de chaque article retenu pour la méta-analyse.</p> <p>L'échantillon final qui comprend 15 études, inclue 2 groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 9 comparent l'EM sans traitement 2. 9 comparent l'EM à un autre traitement <p>→ 3 études comparent à la fois sans traitement et avec un autre traitement</p> <p>Caractéristiques des participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Au total 2767 participants ○ 13 études reportent que l'âge moyen est de 31.77 ans ○ 12 reportent 1265 hommes et 565 femmes ○ 996 des participants sont classifié alcoolo-dépendant ○ 1771 comme étant des buveurs excessifs/abusifs ○ Les études ont été menées sur 3, 6, 12 et 25 mois <p>L'efficacité de l'EM contre le « non traitement » dans la réduction de la consommation : 9 études :</p> <p>En premier lieu les auteurs ont comparé un suivis de <3 mois contre un suivis de <6 mois. Ils ont démontré une grande différence entre les 2, en effet les personnes ayant été suivis durant 3 mois présentaient une meilleure amélioration.</p> <p>En second lieu les auteurs ont exclu les alcoolo-dépendants de l'étude afin de voir si cela changeait la variable. En effet la variable diminue. La durée des entretiens était d'environ 87 minutes. Ces 87 minutes se sont avérées plus efficace que l'absence d'un traitement dans la réduction de la consommation, à court terme <3 mois</p> <p>L'efficacité de l'EM comparé à un autre</p>
--	--

	<p>traitement :</p> <p>9 études :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 5 comparent avec les soins habituels/standards ○ 1 avec « directive-confrontational counselling » ○ 1 avec les interventions éducatives ○ 1 basée sur les compétences (SBC) ○ 1 avec la thérapie cognitivo-comportementale <p>Toutes ces études ont démontré que l'EM était plus efficace que toutes autres thérapies dans les problèmes d'alcool. Ici les entretiens avaient une moyenne de 53 minutes, elles étaient plus efficaces que tout autre traitement.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cette méta-analyse a démontré que l'EM est une technique très efficace dans la réduction de la consommation d'alcool. Plus précisément elle a démontré que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 87 minutes étaient plus efficaces qu'une absence de traitement ○ 53 minutes sont plus efficaces que l'ensemble des autres traitements <p>Cependant l'étude a montré que les effets de l'EM s'estompent dans le temps.</p> <p>Les résultats concordent avec les autres études qui ont été faites (par exemple Hettema et al., 2015). Cependant les auteurs relèvent ce que Heather (1995) à dit, les différentes études ont chacune une méthodologie différente, de ce fait il ne faut pas généraliser, il faut comparer en fonction des mêmes critères (âge, sexe).</p> <p>Traitement contre non traitement : Les auteurs explicitent que l'EM est un traitement efficace pour les alcoolos-dépendants, les consommateurs abusifs, ainsi que pour les consommateurs « modérés » qui réclament de l'aide. En effet, les auteurs stipulent que les personnes qui cherchent de l'aide sont plus prête à changer que celles qui n'en demandent pas.</p>

	<p>Age et EM : L'âge des participants étaient d'une moyenne de 31.77 ans. Les auteurs expliquent que l'âge à une influence sur l'efficacité de l'EM. Une des études a révélé que les personnes ayant une consommation élevées étaient plus susceptibles de réduire considérablement leur consommation durant la période post-traitement. Cependant les jeunes étudiants (moyenne d'âge de 18 ans) avaient également un résultat favorable à l'EM. En conclusion les auteurs expliquent que l'âge à un grand impact sur l'efficacité de l'EM. En effet les participants les plus âgés sont plus actif durant la thérapie et moins susceptible de stopper la thérapie que les participants plus jeunes.</p> <p>Genre et EM : Les auteurs expliquent que le genre n'a pas énormément d'impact sur l'efficacité de l'EM, les 2 genres « profitent » différemment des bénéfices de la thérapie.</p> <p>Durée de l'EM et de la formation : Les résultats des études démontrent que l'EM s'est montré plus efficace que les autres interventions. La durée des entretiens conduits à des résultats plus positifs sur le long terme.</p> <p>Limites de la revue : Les limites de cette méta-analyse, selon les auteurs, sont les même que pour toutes les méta-analyses. En effet, elle traite plusieurs études indépendamment de la méthodologie, dans cette méta-analyse toutes les études ont utilisé différents instruments/outils pour évaluer la consommation d'alcool. Le fait de traiter plusieurs études mènent à la généralisation des résultats, ce qui est, d'après les auteurs, une limitation important pour l'analyse.</p> <p>Cependant malgré les limitations, toutes les études démontrent que l'EM est une technique très efficace pour réduire la consommation d'alcool.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs concluent en disant que l'EM est efficace dans la pratique, cependant ils précisent qu'il faudrait d'autres études afin d'approfondir</p>

	certain point pouvant influencer l'efficacité, tel que l'âge, le genre, le statut, la santé mentale, l'état civil, l'envie de changement, les attentes initiales.
--	---

Rapport-Gratuit.com

KHAN, A., TANSEL, A., WHITE, D. L., KAYANI, W. T., BANO, S., LINDSAY, J., ... KANWAL, F. (2016). EFFICACY OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS IN INDUCING AND MAINTAINING ALCOHOL ABSTINENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASE: A SYSTEMATIC REVIEW

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre précise les concepts suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité • Intervention psychosociale • Induction, maintien de l'abstinence • Revue systématique <p>La population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient avec pathologie hépatique chronique
Résumé	<p><i>Problème :</i> Une revue systématique sur l'efficacité des interventions psychosociales dans l'induction et/ou le maintien de l'abstinence chez des sujets présentant une pathologie hépatique chronique (PHC) et des troubles de consommation d'alcool (TCA).</p> <p><i>Méthode :</i> Une recherche de littérature fut entreprise sur PubMed, PsychINFO et MEDLINE publiée entre 1983 et 2014 qui avaient comme sujet l'évaluation d'interventions psychosociales sur la consommation d'alcool chez des patients avec TCA et PHC.</p> <p><i>Résultats :</i> 13 études comprenant un total de 1945 patients ont été retenues, 5 sont des études randomisées contrôlées et 8 études de cohorte. Les interventions comprenaient des entretiens motivationnels (EM), des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et la psychoéducation, ces interventions étaient soit menées en groupe ou en face-à-face. Toutes les études montrent une augmentation du taux d'abstinence chez les participants aux interventions et des groupes de contrôles. Seule une thérapie incluant des TCC et de l'EI sur une durée de 2 ans semblent produire</p>

	<p>un effet important sur le taux d'abstinence. Cependant toutes les études rapportent des taux de rechute à la fois chez des participants aux interventions et les groupes de contrôles.</p> <p><i>Discussion :</i> En effectuant une analyse systématique de 13 études des interventions pour induire ou maintenir l'abstinence chez des sujets avec PHC et TCA, celles-ci se sont montrées efficaces dans le maintien de l'abstinence.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les TCA sont la première cause mondiale des PHC. Selon le centre de contrôle des maladies aux USA, 50% des patients décédant d'une PHC auraient eu un TCA. En Europe la consommation d'alcool serait la cause de 75% des PHC.</p> <p>Il faut savoir que pour un patient présentant une PHC, une consommation même minime présente de grand risque de complications. De ce fait l'abstinence à long terme est nécessaire pour cette population. L'un des plus grand challenge de la prise en charge réside dans la quasi impossibilité d'administrer des traitements pharmacologiques chez les sujets atteints de PHC, seul le Baclofen® semble être sûr et avec des bénéfices, à employer chez les patients avec PHC. C'est pourquoi la recherche s'intéresse plus aux interventions psychosociales qui ont prouvé leurs efficacités, la difficulté réside dans la population, étant donné que les buveurs avec une PHC semblent avoir une histoire de consommation plus longue et lourde. Cette difficulté résulte en une complication dans la compliance au traitement et un plus faible taux d'abstinence.</p> <p>Cette étude a donc pour but d'étudier quelles interventions psychosociales sont les plus efficaces pour induire et maintenir l'abstinence pour cette population spécifique.</p>
Recension des écrits	De par la nature de la revue, une recension a été effectuée.
Cadre de recherche	L'un des plus grand challenge de la prise en charge réside dans la quasi impossibilité

	d'administrer des traitements pharmacologiques chez les sujets atteints de PHC, seul le Baclofen® semble être sûr et avec des bénéfices, à employer chez les patients avec PHC. C'est pourquoi la recherche s'intéresse plus aux interventions psychosociales qui ont prouvé leurs efficacités.
Buts et question de recherche	Cette étude a pour but d'étudier quelles interventions psychosociales sont les plus efficaces pour induire et maintenir l'abstinence pour cette population spécifique avec TCA et PHC.
METHODE	
Population et échantillon	1945 personnes âgées de plus de 18 ans souffrant de PHC et TCA, l'âge moyen des participants est de 48 ans et plus de 90% sont des hommes.
Considérations éthiques	Pas de données.
Devis de recherche	Il s'agit d'une revue systématique regroupant 13 études sur les interventions psychosociales pour l'induction et le maintien de l'abstinence face à l'alcool chez des patients souffrants de PHC et TCA. Les interventions psychosociales considérées dans cette revue sont celles qui ont été employées dans les recherches employées pour rédiger cette revue. Soit entretien motivationnel (EM), les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et la psychoéducation. Ces interventions ont soit été conduites en groupe ou par des entretiens face-à-face.
Modes de collectes de données	Les auteurs de cette revue ont mandaté 2 chercheurs pour la réalisation de la recherche d'étude. Ils ont questionné les bases de données suivantes : PubMed, MEDLINE, PsycINFO pour des études publiées entre 1946 à 2014. Les mots clés employés sont « alcohol », « various psychosocial interventions » et « liver disease ». Pas de restriction de langage n'a été appliquée.
Conduite de la recherche	Les informations extraites des études l'ont été à l'aide d'une approche standardisée. Ces données consistent en : - Caractéristiques de l'étude - Données personnel du participants (âge, sexe,

	durée de la consommation d'alcool, degrés de la PHC) – Types d'interventions – temps et durée des interventions – Groupe ou individuel.
Analyse des données	2 méta-analyses sont conduites pour différencier les résultats des études randomisées contrôlées et des études de cohorte avec leurs groupes de contrôle respectif.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>La recherche d'études avec les mots clés employés a donnée 2055 résultats, qui ont été réduit à 13.</p> <p>De ces 13 études 5 sont des randomisées contrôlées et 8 des études de cohorte. Toutes ayant comme participants des patients atteints de PHC et de TCA. Toutes conduites avec des groupes de contrôles. L'éthologie des PHC dans le cas des études retenues n'est que de la consommation d'alcool.</p> <p><u>Etudes randomisées contrôlées (ERC)</u> Les 5 ERC retenues ont été conduites aux USA. 4 ERC relatent les effets des interventions sur l'induction de l'abstinence et 1 ERC sur le maintien de l'abstinence.</p> <p><i>Induction de l'abstinence :</i> Les interventions qui ont montré des résultats significatifs dans les 4 ERC sont les TCC et l'EM et la combinaison des 2 TCC et EM. L'induction de l'abstinence est plus élevée chez les patients participants aux interventions que dans le groupe de contrôle.</p> <p><i>Maintien de l'abstinence :</i> Cette étude a randomisé 91 patients en attente d'une greffe de foie sur une durée de 6 mois à l'aide d'EM. Selon cette étude 90% des patients auraient été abstinents.</p> <p><u>Etudes de cohorte (EC)</u> 8 de ces études ont été incluses dans cette revue. 2 étaient des études non randomisées avec une comparaison entre un traitement médical standard de PHC et un second groupe de</p>

	<p>patient avec des interventions TCC. 2 études ont observé les résultats d'interventions basées sur les TCC. 2 études ont cherché à évaluer les résultats d'interventions sur la base de la psychoéducation. 1 étude en utilisant une combinaison de TCC, psychoéducation et d'EM. Pour finir 1 étude c'est afférée aux bénéfices d'un traitement combinant TCC et EM.</p> <p><i>Induction d'abstinence :</i> 5 études conclues qu'il est possible d'induire l'abstinence chez des patients avec PHC avancée à l'aide d'interventions hebdomadaires.</p> <p><i>Maintien de l'abstinence :</i> 3 études de cohortes rapportent des données sur le maintien de l'abstinence. Addolorato et al. ont comparé un groupe de 55 patients qui ont reçus une TCC post transplantions hépatique et un groupe de 37 patients recevant une relation d'aide infirmière. Ils ont observé que seulement un tiers des patients du groupe TCC avaient rechuté contre 75% dans le groupe contrôle.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'efficacité des interventions psychosociales dans l'induction et le maintien de l'abstinence chez le patient souffrant de TCA et de PHC semble être appuyée par des données probantes, cependant elle ne semble pas être suffisante pour maintenir une abstinence sur le long terme. La majorité des études mobilisées dans cette revue semble mobiliser différentes interventions à la fois, ce qui rend l'identification des mécanismes d'induction ou de maintien de l'abstinence difficile à visualiser en plus de ne pas pouvoir observer quelle intervention était la plus efficace. Il a également été identifié que les interventions conduites face à face avec le patient semble avoir un meilleur taux de réussite que les interventions menées en groupe. Aucunes des études prise en compte dans cette revue ne compare l'effet d'un traitement pharmacologique aux interventions</p>

	psychosociales ou une éventuelle efficacité de leur combinaison, car la pharmacothérapie est souvent contraindiquée dans les PHC.
Conséquences et recommandations	En conclusion, cette revue systématique d'interventions psychosociales suggère qu'une psychothérapie durant un traitement hospitalier de PHC peut augmenter l'abstinence d'alcool chez les patients avec PHC et TCA. Bien qu'aucune intervention psychosociale ait réussie à maintenir abstinence l'alcool à long terme, une intervention TCC semble être prometteuse comme stratégie pour réduire la récurrence, mais pas la supprimer.

*KIM, J. W., CHOI, Y. S., SHIN, K. C., KIM, O. H., LEE, D. Y., JUNG, M. H., ...
CHOI, I. G. (2012). THE EFFECTIVENESS OF CONTINUING GROUP
PSYCHOTHERAPY FOR OUTPATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE: 77-
MONTH OUTCOMES*

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre s'intitule l'efficacité de la psychothérapie de groupe en ambulatoire chez des patients ayant une dépendance à l'alcool : résultats de 77 mois</p> <p>De ce titre les concepts ressortis sont : psychothérapie de groupe, patient alcoolique</p>
Résumé	<p>Etude quantitative quasi-expérimental</p> <p>Le contexte est décrit : la psychothérapie de groupe s'est avéré être une des interventions les plus utilisée et des plus efficace pour traiter les dépendances à l'alcool. Mais les études dans le domaine de l'ambulatoire sont limitées et il n'y pas de comparaison. C'est pourquoi cette étude a été réalisée.</p> <p>L'étude a été réalisée de 2004-2010 chez 177 patients dépendants à l'alcool. Les sujets de l'étude avait terminé 10 semaines de programme de traitement d'alcoolisme en milieu hospitalier. Ils ont été attribués à un groupe. Le premier groupe expérimental suivait une psychothérapie individuelle et en groupe en ambulatoire (N94) et le second groupe suivait de la psychothérapie individuelle en ambulatoire (N83)</p> <p>Les résultats montrent que le taux d'abstinence du premier groupe était plus haut par rapport au second groupe.</p> <p>La conclusion : les résultats indiquent que pour les patients dépendants à l'alcool et ayant effectué 10 semaines de programme de traitement d'alcoolisme en milieu hospitalier, ainsi qu'une participation aux psychothérapies de groupes en ambulatoire seraient efficace dans une postcure.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	La dépendance à l'alcool est très répandue dans la population et est associée à une altération

	<p>dans le milieu social ou professionnelle ainsi qu'à de mauvais résultats de traitements. Dans ce trouble, une certaine forme de soins de « suivi » est généralement recommandé après l'achèvement de la phase initiale de traitement. Cependant, il y eu relativement peu de recherches sur l'efficacité des soins dits continus (ambulatoire) pour les dépendances à l'alcool et la plupart de ces recherches concernent les traitements. Mais ces études sont limitées dans le temps.</p> <p>La psychothérapie de groupe réuni régulièrement au minimum 2 patients ou plus avec un thérapeute dont l'objectif principal est de réduire ou éliminé l'utilisation de substance, voire de modifier les comportements en lien avec la substance.</p> <p>La psychothérapie de groupe ambulatoire est l'une des interventions les plus couramment utilisée pour traiter les dépendances à l'alcool et s'est avérée être efficace. Cependant, les études réalisées sur l'efficacité des groupes dans les dépendances à l'alcool sont souvent limitées dans le temps et manques de comparaison. Les auteurs ont également décidés de rechercher les facteurs de prédictions en lien avec le taux d'abstinence chez les personnes dépendantes à l'alcool.</p>
Recension des écrits	<p>Les informations ressorties sont tirés d'auteurs : MKay, Weiss, McLellan.</p> <p>Les auteurs présentent le sujet en faisant part des limites des précédentes recherches effectuées : sont limitées dans le temps et présentent un manque de comparaison.</p>
Cadre de recherche	<p>Les études dans le domaine de l'ambulatoire et des thérapies de groupes sont limitées et il n'y peu de comparaison. C'est pourquoi cette étude a été réalisée et sur une plus longue durée.</p>

Buts et question de recherche	<p>La question de recherche n'est pas explicite mais est décrite tout au long de l'introduction. Le but étant de montrer l'efficacité des psychothérapies de groupes en ambulatoire pour des personnes dépendantes à l'alcool et ainsi pouvoir comparer les résultats avec les anciennes études effectuées. L'étude se déroule sur 77 mois afin d'avoir une vision plus élargie dans le temps par rapport aux autres études.</p> <p>Les sujets de l'étude ont tous été volontaires pour une question d'éthique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les sujets recrutés sont aux nombres de 177 tous dépendants à l'alcool. Tous ont été suivis en ambulatoire à la clinique St- Andrew. Ils présentent tous les critères de dépendance à l'alcool du DSM IV et avaient tous terminé les 10 semaines de programme du traitement de sevrage en milieu hospitalier.</p> <p>Les critères d'exclusion sont : pas de problèmes médicaux, neurologiques ou de troubles psychiatriques pouvant affecter la dépendance à l'alcool, pas de problèmes sévères de la communication.</p>
Considérations éthiques	<p>Il était raisonnable que la conception quasi-expérimentale ait été faisable dans nos arrangements thérapeutiques actuels et questions morales.</p> <p>Le comité d'examen institutionnel de l'hôpital de St-Andrew a approuvé le protocole d'étude et le consentement de tous les sujets et de leurs parents a été obtenu</p>
Devis de recherche	<p>La méthode de recherche est quantitative. Les sujets ont été examinés par cinq neuropsychiatres spécialisés dans la dépendance à l'alcool. Les évaluations ont été basées sur des entretiens afin de comprendre l'histoire du sujet en lien avec sa dépendance et les traitements utilisés. Des examens généraux, physiques, neurologiques et de laboratoires ont été réalisés. L'indicateur utilisé pour vérifier l'efficacité du traitement était l'abstinence à l'alcool.</p> <p>Le premier groupe (groupe + individuel</p>

	<p>psychothérapie) : La psychothérapie individuelle était réalisée toutes les 2-4 semaines durant 15-30 minutes. Concernant les groupes de psychothérapies, ils avaient lieu chaque semaine et duraient 90 minutes. Ils étaient réalisés par un psychiatre et une infirmière. L'objectif du groupe est de maintenir l'abstinence. Le groupe favorise l'écoute et permet ainsi d'entendre les expériences et les interrogations des autres. Les sujets ont ainsi l'occasion d'obtenir l'appui de pair voir celui des experts. Le groupe permet également de créer de la motivation et aide à combattre les stigmates sociaux liés à la dépendance à l'alcool. La psychothérapie de groupe et individuelle donnent du soutien dans la gestion de situation et dans l'intervention de crise.</p> <p>La répartition dans les groupes s'est déroulée en fonction du nombre de participations à des entretiens individuels ou en groupe.</p> <p>Les groupes ont été divisés de la manière suivante : <u>1^{er} groupe : Groupe combiné (N94) : ceux ayant participé à 1x ou plus à une thérapie individuelle et 4x ou plus à une thérapie de groupe</u></p> <p><u>Le 2^{ème} groupe : Groupe individuel (N 83): ceux ayant participé 1x ou plus à une thérapie individuelle et 3x ou moins à une thérapie de groupe</u></p>
Modes de collectes de données	<p>Pour la comparaison des deux groupes des données continues, (inclus les données démographiques et cliniques) deux tests suivis ont été utilisés. Les données de catégories ont été analysées à l'aide de chi-square test et Fisher's test. Le taux d'abstinence pour la comparaison des groupes a été analysé à l'aide de Kaplan-Meier.</p> <p>Pour les données d'analyse, les sujets ayant quittés l'expérience ont été considéré comme des membres du groupe non-abstinent.</p> <p>Les facteurs de prédiction pour l'abstinence à l'alcool ont été évalués à l'aide de COX (analyse de modèle)</p> <p>Les relations entre le nombre de psychothérapies et la durée d'abstinence ont été analysé avec</p>

	<p>Pearson's (concernant la corrélation d'analyse et la partielle corrélation).</p> <p>La signification du niveau de statistique a été mis à <i>2-tailed p<0.05</i></p> <p>Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS Deux schéma sont présents pour explicités.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les outils utilisés pour les statistiques sont décrits ci-dessus. L'étude a fait appel à cinq neuropsychiatres experts dans le domaine de dépendances.</p>
Analyse des données	<p>Des tableaux de statistiques ont été réalisés. Les facteurs pouvant influencer les résultats sont les sujets ayant arrêté l'étude. De ce fait, ils ont été considéré comme non-abstinents.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Pour la présentation des résultats, des tableaux et graphiques ont été effectué ainsi qu'une explication sous forme de texte.</p> <p>Concernant le taux d'abstinence, la moyenne de temps d'abstinence pour le groupe combiné est de 4 mois et pour le groupe individuel est de 1.5mois. le taux d'abstinence par 3, 6, 12, 24 mois pour le groupe combiné est de 57.4%, 37.1%, 23.4%, 17.4% et pour le groupe individuel est de 28.5%, 13.7%, 7%, 2.6%.</p> <p>Tous les sujets étaient dans l'étape post-cure de la dépendance à l'alcool. Il n'y avait pas de différences significatives entre le groupe combiné et le groupe individuel en termes de genre, d'âge, d'éducation, de statuts, d'histoire de vie concernant les dépendances, d'habitude de consommation, de comorbidités, et de médicaments mais excepté le nombre d'admission liée à l'alcool.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Un recensement des études précédentes est effectué afin de comprendre l'intérêt de leur étude :</p> <p>Miller souligne 6 types de facteurs significatifs abordant les aspects spécifiques sur la question en général : si les groupes de psychothérapies</p>

sont efficace pour la toxicomanie. Parmi ces 6 types, l'étude en a choisi un : de comparer des groupes de psychothérapie et de l'individuel avec de la psychothérapie individuelle. Linehan and Colleague (1999) trouve que le combiné donne de meilleurs résultats à terme pour la consommation de drogue. Cependant, cette étude a été limitée dans le temps et les femmes de l'étude étaient atteintes de troubles psychiques. Une seconde étude a été réalisée (Weiss and Colleague 2000) mais a été également limitée dans le temps et les sujets avait aussi de troubles psychiques. Une troisième étude (McKay and Colleague(2005) montre l'importance du suivi après une phase de stabilisation initiale. En effet, une brève consultation téléphonique semble être aussi efficace qu'un entretien face-à-face (appel téléphonique sur une durée de 12 semaines).

A leur connaissance, c'est la première étude réalisée sur le long terme et non limitée dans le temps. Le but est de rechercher l'efficacité des psychothérapies de groupe en ambulatoire avec des dépendances à l'alcool après avoir effectué un séjour en milieu hospitalier.

Parmi tous les facteurs, le plus significatif a été l'âge. Les résultats de l'étude suggèrent que les sujets les plus âgés avaient un risque plus faible de rechuter que les plus jeunes. C'est ce qu'a pu confirmer l'étude de Schuckit and Colleague (1997). Mais pas d'autres facteurs prédictifs sont significatifs en lien avec le taux d'abstinence. L'étude a de nombreux points forts : tous les sujets étaient d'une ethnie homogènes (Coréen), il y avait peu de comorbidités liées à d'autres troubles de la consommation de substances. L'étude a amené des résultats significatifs non limités dans le temps ce qui n'a pas encore été réalisé à leur connaissance.

Concernant les limites, ils soulignent que les résultats de l'étude ne font en aucun cas suggérer que les groupes de psychothérapies ambulatoires sont efficaces dans une approche

	<p>initiale de dépendances. Ils insistent sur le fait que les groupes de psychothérapies ambulatoires semble être efficace comme une forme de soins continus ou pour les patients atteint de dépendances à l'alcool qui ont terminé dix semaines de traitement d'alcool. Une autre limitation de l'étude est que les sujets n'ont pas été assignés au hasard à un groupe. Leur modèle quasi-expérimental était plus réalisable qu'une étude randomisée contrôlée par le fait que les interventions thérapeutiques ont été conçues pour évaluer les résultats à long terme et par le fait que les sujets étaient volontaires. Ceci induit que pour des questions éthiques cela ne pouvait pas être limité dans le temps. De plus, 18.1% des sujets n'ont pas terminés l'expérience et ont ainsi été considéré comme non-abstinents dans l'étude.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>La comparaison des groupes était basée sur des caractéristiques démographiques et cliniques qui ont trait à une variable. Par conséquent, il n'y avait pas de différences significatives dans les statistiques.</p> <p>En conclusion, les résultats indiquent que pour des personnes souffrant de dépendance à l'alcool et ayant effectué 10 semaines de cure, les groupes de psychothérapies ambulatoires semble être efficace comme forme de suivis ambulatoire.</p>

KOSZYCKI, D., RAAB, K., ALDOSARY, F., & BRADWEJN, J. (2010). THE EFFECTIVENESS AND APPLICABILITY OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING: A PRACTICE-FRIENDLY REVIEW OF FOUR META-ANALYSES

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre précise les concepts suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Revue de 4 Meta-analyses ○ Efficacité et applicabilité ○ Entretien motivationnel <p>Ne précise pas la population à l'étude</p>
Résumé	<p>Cette article examine le soutien à la recherche sur l'entretien motivationnel (EM), afin que les praticiens puissent prendre des décisions informées sur la valeur et l'applicabilité du motivationnel dans leur pratique. Cette revue souligne les évidences de 4 méta-analyses sur l'EM.</p> <p>L'EM est significativement (10-20%) plus efficace que l'absence de traitement et de manière générale son efficacité est égale aux autres traitements pour baisser les comportements à risques et augmente l'engagement du patient dans le traitement.</p> <p>A savoir que le lien entre les variables (l'âge, genre, sévérité) des clients et les résultats sont inconnus.</p> <p>Il semblerait que les EM conduit uniquement en groupe sont moins efficace que les entretiens face-à-face, de ce fait le format dont est conduit l'EM est important.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'EM est une méthode de soins employée pour augmenter la motivation par l'exploration de l'ambivalence sur le changement de comportement de santé. Durant la dernière décennie, l'EM est devenu une pratique reconnue et est utilisée dans les disciplines suivantes, psychothérapie, médecine, addictions, santé publique et autres. Cependant il faut garder à l'esprit que la reconnaissance n'est pas forcément appuyée par des évidences.</p>

	<p>Cette article examine les recherches faites sur l'EM afin que les praticiens puissent prendre des décisions informées sur la valeur et l'applicabilité du motivationnel dans leurs pratiques.</p> <p>Cette article explique comment les EM fonctionnent et pour quelle population.</p>
Recension des écrits	Une recension a été effectuée, cet article s'appuie essentiellement sur 4 méta-analyses.
Cadre de recherche	<p>Une partie des praticiens pense qu'il suffit d'apporter du savoir au patient pour induire un changement et pourtant les personnes bien renseignées et sensibilisées continue à ne pas modifier leurs comportement, cela s'explique car ces praticiens omettent d'intervenir sur la motivation qui est essentielle à la mise en pratique des connaissances et modifier leurs comportements.</p> <p>La motivation est donc une composante importante du changement. Les auteurs proposent une vision mathématique du changement : $\text{Connaissance} \times \text{Motivation} = \text{Changement}$. Le patient peut avoir toutes les connaissances pour arriver aux changements, s'il n'est pas motivé il ne changera pas. Mathématiquement cela donnerait : $\text{Connaissances} \times 0 = \text{pas de changement}$. Des recherches ont montré que la relation du praticien au patient était une composante de la motivation (Norcross, 2002) tout comme elle pourrait déterminer la non-compliance du patient (Beutler & Harwood, 2002 ; Miller, Benefield, & Tonigan, 1993 ; Patterson & Forgatch, 1985). L'EM soutient donc qu'une bonne relation avec le patient qui est vu comme expert de sa vie sert à diminuer la résistance au changement et de ce fait maximiser le changement. Mathématiquement cela peut se voir comme suit : $\text{Connaissances} \times \text{Motivation} / \text{Résistances} = \text{Changement}$. On comprend donc que plus la résistance diminue, plus le changement sera maximisé et plus la résistance est augmentée, plus le changement sera entravé.</p>

Buts et question de recherche	<p>En plus d'apporter du support au changement le praticien va pouvoir réduire l'ambivalence du client pour directement augmenter la motivation au changement. Pour cette action sur l'ambivalence, l'EM s'appuie sur des savoirs issus de la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957) et de l'auto-perception (Bem, 1967).</p> <p>L'EM essaye donc de favoriser la dissonance entre le comportement problématique du patient et ses propres objectifs de comportement, dans l'espoir qu'il se concentre sur la dissonance qui va motiver le changement.</p> <p>De manière similaire, l'EM va encourager le patient à parler de son changement basé sur les travaux de Bem, 1967, le fait de s'entendre parler et argumenter pour le changement, va augmenter la motivation pour le changement.</p>
METHODE	
Population et échantillon	La population n'est pas détaillée.
Considérations éthiques	Pas d'informations.
Devis de recherche	Il s'agit d'une revue de multiples méta-analyses.
Modes de collectes de données	<p>Ces 2 dernières décennies ont vues apparaître un nombre croissant de recherches sur l'EM. Un bon exemple de juger de la qualité des recherches effectuées sur l'efficacité de l'EM, est au travers des meta-analyses. Cet article met en avant les évidences de 4 méta-analyses publiées.</p> <p>La 1^{ère} méta-analyse publiée par Burke, Arkowitz & Menchola (2003), elle inclue 30 essais cliniques constitués d'EM individuelles pour différents comportements à risques, comme l'usage de différentes drogues et d'alcool, comportements sexuelles et comportements alimentaires.</p> <p>La 2^{ème} publiée par Hettema, Steele & Miller (2005), comprend 72 études, cette méta-analyse est cependant peu exploitable car elle n'inclue pas uniquement des EM.</p> <p>La 3^{ème} méta-analyse par Vasilaki, Hosier et Cox (2006), incluant 15 études spécialement centrées sur les compétences de l'EM de réduire les problèmes d'alcool.</p>

	<p>La dernière méta-analyse conduite par les auteurs de cet article (Lundhal, Tollefson, Kunz, Brownell & Burke 2009) incluait 119 études isolant uniquement la contribution au changement de l'EM avec les groupes de contrôle.</p> <p>Les 4 méta-analyses présentent les résultats par comparaison, certaines par comparaison entre l'EM et une absence de traitement, ou entre l'EM et un autre traitement.</p> <p>Les traitements inclus dans ces méta-analyse vont du cognitivo-comportemental au programme en 12 étapes. L'EM ne s'est pas montré significatif, mais potentiellement plus efficace que les autres traitements, mais une réussite de 10% de changement a été enregistrée par rapport à une absence de traitement.</p> <p>L'EM semble être efficace non seulement pour les troubles liés à l'abus de drogues ou d'alcool, mais est aussi appliqué pour l'arrêt du tabagisme, pour réduire les comportements à risques, engagement des patients dans les thérapies et les autres problèmes.</p> <p>En détail</p> <p><i>Dépendance à l'alcool :</i> Les 4 méta-analyses, mettent en avant que l'EM est aussi efficace que d'autres traitements pour les problèmes de consommation d'alcool. Alors que comparé à une absence de traitement, le changement est de 10-20%.</p> <p><i>Dépendance au THC :</i> Les résultats sont que l'EM est autant efficace que les autres traitements et les résultats sont significativement meilleurs qu'une absence de traitement avec une augmentation de succès de 15%.</p> <p><i>Tabagisme :</i> En comparaison avec une absence d'intervention, l'EM a un impact positif sur l'arrêt du tabagisme, environ 5 – 17%. Cependant d'autres traitements</p>
--	--

	<p>semblent plus efficaces de 10%.</p> <p><i>Autres drogues (cocaïne et héroïne essentiellement) :</i> Encore une fois l'EM est significativement plus efficace qu'aucune intervention pour 8 à 28% de changement. Pourtant en comparaison à d'autres traitements selon 2 méta-analyses il n'y a pas de changement significatif lors d'interventions basées sur l'EM.</p> <p><i>Action sur les comportements à risques :</i> Relativement peu d'études ont été conduites sur ce sujet, mais les données à disposition mettent en avant que l'EM est un outil prometteur dans le changement de comportements à risques, 3 des 4 méta-analyses ont examinées une sorte de promotion de la santé, comme une augmentation de la pratique sportive.</p> <p><i>Participation dans la prise en charge :</i> La participation au traitement c'est montrée 5% supérieure pour les patients participants aux EM que pour les autres traitements. Comme identifiée dans 34 études dans l'une des 4 méta-analyses.</p> <p><i>Autres problèmes :</i> L'EM a été appliqué dans d'autres situations, comme les jeux de hasard, les troubles du comportements alimentaires et pour augmenter les comportements de santé. Dans chacune de ces situations, l'EM s'est montré prometteur, mais peu d'études empiriques sur son efficacité dans ces situations sont présentes.</p>
Conduite de la recherche	L'analyse des différentes méta-analyses a été conduite directement par les auteurs de cette revue.
Analyse des données	Les données sont détaillées dans la collecte de données.
RESULTATS	
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous une forme linéaire et illustrés par quelques tableaux.

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Dans ce contexte de connaissances, les praticiens peuvent appliquer l'EM dans toutes les situations de soins car il semble que l'EM est autant efficace que les autres traitements dans la majorité des situations et possiblement en moins de temps. Les résultats sur le long terme relatés par les 4 méta-analyses après un traitement avec des EM semblent positifs pour les 6 premiers mois (Hettema et al., 2005 ; Vasilaki et al., 2006) post-traitement, mais les avis sont partagés pour la durabilité après 1 an.</p> <p>Le forma avec lequel l'EM est conduit influence le résultat du traitement, soit comme préparation à un traitement ou comme traitement en lui-même. 2 méta-analyses (Burke et al., 2003 ; Hettema et al., 2005) ont mis en avant que d'utiliser l'EM comme préparation au traitement comme un traitement cognitivo-comportemental montre les meilleurs résultats.</p> <p>De manière générale l'EM semble être une méthode de traitement versatile.</p> <p>Cependant il semblerait que la conduite de l'EM en groupe est moins efficace que la réalisation d'EM sous la forme d'entretien face à face.</p> <p>3 méta-analyses se sont intéressées aux temps nécessaire pour la conduite de l'EM, de manière générale une moyenne de 50 minutes est nécessaire à la conduite d'un EM face-à-face. Etant donné que l'EM est aussi efficace que d'autre traitement en moins de temps, cela en fait le traitement le plus efficient.</p> <p>En plus de l'efficacité sur les problématiques de santé présentées précédemment, les facteurs liés au patient qui affectera l'efficacité de l'EM. Comme la sévérité du problème, l'EM n'est pas uniquement indiqué pour les problèmes d'amplitudes légères, les résultats observés dans les études n'étant pas mise en lien avec la sévérité du syndrome.</p> <p>De ce fait, l'EM peut être appliqué à toutes les</p>

	<p>pathologies et leurs sévérités ou encore l'âge et le genre du patient ne semble pas influencer les résultats de l'EM, étant donné que l'EM est une méthode individualisée de traitement.</p> <p>Une méta-analyse (Lundahl et al., 2009) a étudié si le niveau d'étude (bachelor, master, doctorat) du praticien de l'EM affectait les résultats. Les résultats semblent indiquer que ce n'est pas le degré d'étude qui influence les résultats, mais l'expérience de la pratique de l'EM.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Un grand nombre d'étude démontre l'efficacité des EM en comparaison avec une absence de traitement ainsi que l'EM est au moins aussi efficace que d'autres traitements pour un grand panel de pathologies en augmentant la motivation au changement de comportement de santé et à abaisser les comportements à risques. De plus il a été observé que la durabilité, jusqu'à une année post-traitement des résultats, est directement liée à la durée du traitement alors que l'EM est utilisé comme traitement à courte durée avec une meilleure efficacité.</p> <p>A retenir également que l'EM s'est montré efficace dans une grande variété de pathologies, mais semble être le plus efficace en prétraitement qu'en thérapeutique isolée. L'EM se montre bénéfique pour les patients peu importe leur problématique, leur âge, leur genre.</p>

HOEPPNER, B. B., HOEPPNER, S. S., & KELLY, J. F. (2014). DO YOUNG PEOPLE BENEFIT FROM AA AS MUCH, AND IN THE SAME WAYS, AS ADULT AGED 30+? A MODERATED MULTIPLE MEDIATION ANALYSIS

Éléments d'évaluations	
Titre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le titre précise clairement les concepts clés : <ul style="list-style-type: none"> • Bénéfices • Alcooliques anonymes ○ Population à l'étude : <ul style="list-style-type: none"> • Jeunes adultes • Adultes
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le :</p> <p><i>Problème :</i> Des recherches ont montré que la participation aux séances d'Alcooliques Anonymes (AA) présente de nombreux bénéfices sur la consommation d'alcool pour les personnes souffrant d'alcoolisme. Cependant, peu d'informations existent sur l'efficacité des AA pour les jeunes adultes. Au regard de ce manque d'informations, la question que se pose les chercheurs est la suivante, les facteurs de changement identifiés fonctionnent-ils aussi bien pour les jeunes adultes, qui ont tendance à avoir une plus courte histoire de dépendance, différentes circonstances sociales, et moins d'intérêt spirituel/religieux que les adultes ?</p> <p><i>Méthode :</i> Une analyse secondaire du Projet MATCH, en comparant 6 médiateurs de changement précédemment identifiés au travers d'évaluations basées sur des questionnaires avant aux 3, 6, 9, 12 et 15 mois de participation aux traitements. Les sujets participants à l'étude ont été distribués de manière randomisée dans 3 thérapies différentes (AA, thérapie cognitivo comportementale et thérapie motivationnel)</p> <p><i>Résultats :</i> La participation aux réunions des AA est associée</p>

	<p>a des résultats sur la baisse de la consommation d'alcool chez les sujets de plus et de moins de 30 ans. Mais le chemin qu'empruntent les personnes des différents groupes d'âge sont différents, en effet seuls 2 des 6 médiateurs de changement semblent affecter le comportement des jeunes alors que 5 des 6 semblent avoir un impact chez l'adulte de plus de 30 ans.</p> <p><i>Discussion :</i> Des facteurs de changement mobilisés par les AA, encore non identifiés semblent trouver lieu chez les jeunes adultes. Il serait utile de les identifier afin de trouver de nouvelles stratégies car il semblerait que ce soit cette variable qui influence le plus la rémission des jeunes adultes.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Il s'agit d'étudier les bénéfices que peuvent tirer un sous-groupe donné d'adultes de la participation aux séances d'alcooliques anonymes.</p> <p>L'intérêt est porté à ces sous-groupes car comme d'autres (femmes, jeunes adultes, doubles diagnostics,...), il existe peu de données explorant les bénéfices de participation à des groupes de parole. Les jeunes adultes ne présentant que 13% des membres des alcooliques anonymes (AA).</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits a permis de mettre en avant qu'il y a un manque de connaissances concernant le sujet de l'étude, malgré des données présentées pour les adolescents et les adultes de 30 et plus</p> <p>De plus la recension a permis aux auteurs de mettre en avant 6 médiateurs qui ont expliqué à large échelle la rémission de la consommation d'alcool sur le long terme des sujets participants aux séances des AA.</p> <p>La recension présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Seul 13% des participants aux AA sont des adultes de moins de 30 ans et sont entourés par une majorité de personnes d'âge plus avancé et se développent donc dans des environnements et contextes sociaux différents.</p> <p>Il y a une émergence de preuves que ces jeunes</p>



	<p>adultes peuvent profiter de bénéfices liés aux AA, mais à ce jour la majeure partie des preuves concernent la population d'adolescent. Cette étude a pour but d'identifier si les jeunes adultes peuvent profiter autant que leurs pairs plus âgés de la participation aux réunions des AA.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche est de déterminer si les jeunes adultes participants aux séances des AA tirent autant de bénéfices et de la même manière que les adultes âgés de plus de 30 ans. La question de recherche reflète dans sa recension des écrits, que seul 13% des sujets participants aux AA rentrent dans les critères de jeunes adultes (24-30 ans), cela est expliqué par le fait de comorbidités (abus d'autres substances, doubles diagnostics,...) plus fréquente chez cette population. De plus l'adaptabilité du réseau des jeunes est moins forte que celle des adultes, qui est une part essentielle du résultat du sevrage. Les bénéfices pourraient être de ce fait différents, pour ce sous-groupe de participant. Le but de la recherche est de démontrer en quoi cette différence consiste.</p> <p>7 médiateurs intervenant dans le processus d'abstinence ont été examinés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consommation d'alcool 2. Participation aux réunions d'alcooliques anonymes 3. Sentiment d'auto-efficacité 4. Pratiques religieuses/spirituelles 5. Dépression/affect négatif 6. Réseau social 7. Caractéristiques de bases
METHODE	
Population et échantillon	<p>1726 adultes de plus de 30 ans présentant des critères de diagnostic du DSM-III pour alcoolisme.</p> <p><i>Critères d'inclusion des adultes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Critères de diagnostic d'alcoolisme du DSM III - Alcool comme dépendance principale – Consommation de plus de 3 mois avant l'étude – 18 ans ou plus – niveau d'éducation secondaire

	<p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Critères de diagnostic du DSM III pour dépendance aux drogues sédatives ou hypnotiques, stimulantes, cocaïne ou opiacés – Administration intraveineuse de drogues 6 mois avant l'étude – risque auto/hétéro agression – instabilité du statut social – incapacité à signaler une personne de soutien. <p>226 jeunes adultes dont 80 étaient dans l'âge cible de 18-24 ans.</p> <p>Les sujets ont été répartis aléatoirement dans 1 des 3 approches psychosociales individuelles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - thérapie cognitivo-comportementale, Approche motivationnelle et l'approche en 12 étapes (AA) <p>Chaque patient fût réévalué à 3, 6, 9, 12 et 15 mois après le début de la thérapie, avec un taux de participation de 90% des sujets de l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'un devis de recherche quantitatif de par la taille de l'échantillonnage et l'utilisation de questionnaire, les participants étaient soumis à une évaluation avant le début des soins, puis aux 3, 6, 9, 12 et 15 mois. Avec un taux de participation de 90%.</p> <p>Les participants étaient répartis de manière aléatoire dans 3 thérapies différentes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Thérapie cognitivo-comportementale. 2. Thérapie motivationnelle basée sur l'entretien motivationnel. 3. Thérapie de recouvrement en 12 étapes (alcoolique anonyme).
Modes de collectes de données	<p>L'évaluation auxquelles étaient soumis les participants tous les 3 mois comprenaient les items (variables, médiateurs de changement) suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consommation d'alcool, était évaluée au travers du Form 90 (Miller et al., 1994), qui combine une estimation de la consommation quotidienne (à l'aide d'un calendrier) et les schémas de consommation. <p>En découleront deux résultats : a. Le pourcentage de jour d'abstinence et b. le nombre d'unités par</p>

	<p>jour de consommation.</p> <p>2. Participation aux renions d'alcooliques anonymes, au travers du Form 90(Miller et al.,1994), le pourcentage de participation est calculé en divisant le nombre de jour de participation par le nombre de jours ou trouvait lieu une réunion durant la période de l'étude.</p> <p>3. Auto-efficacité est évaluée au travers The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (DiClemente et al.,1994). Il s'agit d'une échelle de 20 points qui évalue l'auto-efficacité avec 4 sous échelles (affect négatif, Social/Positif, préoccupation physique et autres, Rechute/pulsions)</p> <p>4. Pratiques religieuses/spirituelles, fût évaluées à l'aide d'une affirmation à cocher de 5 points à fin de catégoriser le sujet comme Athée, Agnostique, Incertain, Spirituel et Religieux. Puis une brève évaluation de la pratique religieuse ou spirituelle des 90 derniers jours. Car cette recherche examine les changements de spiritualité/religiosité.</p> <p>5. Dépression est évaluée au travers de l'inventaire de Beck (Beck et al., 1961). Cet inventaire de 21 items évalue les symptômes et leur sévérité.</p> <p>6. Réseau social, est évalué l'aide de The Important People and Activities Instrument (IPA; Clifford et al., 1991). Il s'agit de caractérier l'environnement du patient en 2 catégories, soit encourageant la consommation d'alcool soit pro abstinence.</p> <p>7. Caractéristiques de bases telles que les informations démographiques du sujet, le nombre de prise en charge avant l'étude, le genre, statut civile et statut au niveau du travail.</p>
Conduite de la recherche	<p>Une variable indépendante était la participation aux séances d'alcooliques anonymes.</p> <p>2 variables dépendantes : a. Le nombre d'unités consommées par jour de consommation (DDD) b. pourcentage de jour d'abstinence(PDA).</p> <p>Pas d'autres données.</p>
Analyse des données	<p>Les auteurs de l'article ont utilisé une approche multi-groupe de modélisation par équation structurelle pour exprimer les différences entre les</p>

	<p>sexes. Ils ont conduit cette approche multi-groupe simultanément mais séparément entre les adultes 30+ et le sous-groupe. Cela pour faciliter l'analyse de donnée.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Présentation linéaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Différences des groupes d'âges Premières données récoltées. Tout d'abord les caractéristiques de bases des deux groupes étaient différentes, le groupe de moins de 30 ans présentait également moins de symptômes par exemple un PDA plus élevé et un DDD plus faible au début de l'étude que le groupe de 30 ans et plus. Le groupe de jeunes adultes présente une plus faible affinité religieuse et spirituelle que le second groupe. De plus les sujets du groupe de moins de 30 ans semble avoir un entourage social plus pro-consommation. A 3 mois, il ressort déjà que les jeunes adultes participent significativement moins que le second groupe. 20-26% des jeunes participants aux AA fréquemment contre 52-64%. 2. Effet sur la consommation de la participation aux AA Pour les 2 groupes la participation aux séances des AA a aidé à abaisser le DDD et augmenter le PDA, ce indépendamment du pourcentage de participation. Au 15^{ème} mois moins de jeunes adultes étaient complètement abstient au regard des adultes de plus de 30 ans qui l'étaient. Mais parmi les jeunes qui consommaient encore ils semblaient avoir baissé leurs DDD. 3. Effet des facteurs médiationnels selon les groupes d'âges Pour commencer, la participation aux AA eut un effet plus fort sur le DDD et moindre sur le PDA chez le groupe de jeunes adultes. Deuxièmement, concernant le changement dans l'environnement social, les jeunes semblent ne pas modifier le nombre de personnes pro-abstinence dans leur entourage alors que les plus de 30 ans l'augmente fortement.

	<p>Puis, pour l'effet sur le sentiment d'auto-efficacité, semble moins important sur le PDA, durant les situations à risques que pour les adultes de plus de 30 ans. De même manière on observe que la religion/spiritualité des sujets du groupe des jeunes adultes, ne présente pas d'effet significatif, à l'inverse des adultes de plus de 30 ans.</p> <p>4. Effet médiationnel spécifique</p> <p>Pour les jeunes adultes seul 2 des 6 médiateurs de changement semblent opérer au travers de la participation aux séances des AA.</p> <p>Alors que pour le groupe d'adultes de 30 ans et plus 5 des 6 médiateurs semblent influencer leur consommation.</p> <p>Les résultats sont illustrés à l'aide de tableaux et de graphiques.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les effets obtenus après 15 mois de présence aux AA, montre beaucoup de similitude entre les 2 groupes d'âges. Cependant moins de voies de médiations opérantes ont été observées chez les jeunes adultes.</p> <p>De plus les voies de médiation observées chez les sujets de 30 ans et plus, expliquant les bénéfices des AA, semblent avoir un effet moindre sur les jeunes adultes, à savoir le développement de stratégie de coping lors de situations sociales à risque et le changement d'environnement social, comme l'augmentation du nombre de proches pro-abstinence et une diminution des pro-consommation.</p> <p>Ces différences peuvent s'expliquer par :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Augmentation de la motivation de récupérer de l'abus d'alcool, par la présence aux AA. Car les jeunes montrent généralement moins de motivation à l'arrêt du comportement que les plus âgées. 2. Moins de motivation, car ils n'ont pas autant d'expériences négatives liées à l'abus d'alcool, au contraire ils l'associent plus volontiers à des expériences positives. 3. En se rendant aux réunions des AA, ils peuvent se rendre compte des conséquences de l'abus

	<p>d'alcool.</p> <p>Mécanismes qui sont bénéfiques plus les 2 groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Augmentation de l'auto-efficacité dans les situations sociales à risques 2. Retrait par rapport proches qui sont pour la consommation d'alcool <p>Mécanismes bénéfiques uniquement pour les plus de 30 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les pratiques d'ordre spirituel ou religieux. <p>Les limitations proviennent du fait que certains outils de mesure date des années 90s. Les forces de la recherche résident dans l'échantillonnage large sur le plan démographique. Les conclusions découlent des résultats, ils mettent en avant les bénéfices positifs sur la consommation d'alcool tant chez le groupe de 30+ et de jeunes adultes. En expliquant le fait que le mécanisme chez les jeunes adultes est moins clair et qu'à l'avenir si ces mécanismes sont identifiés, il pourrait y avoir émergence de nouveau traitement pour cette population.</p>
Conséquences et recommandations	Des facteurs de changement mobilisés par les AA, encore non identifiés semble trouver lieu chez les jeunes adultes. Il serait utile de les identifier afin de trouver de nouvelles stratégies car il semblerait que ce soit cette variable qui influence le plus la rémission des jeunes adultes.

GARTH, W. M., REHM, J. (2011). THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOSOCIAL MODALITIES IN THE TREATMENT OF ALCOHOL PROBLEMS IN ADULTS: A REVIEW OF THE EVIDENCE

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre précise les concepts suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité • Psychosociales • Revue de données probantes <p>La population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultes avec problèmes d'alcool
Résumé	<p>Le résumé synthétise</p> <p><i>Problème/but :</i> Examiner l'efficacité des modalités psychosociales dans le traitement des troubles et problèmes liés à la consommation d'alcool (TPCA). Ainsi que d'examiner l'influence des thérapeutes sur le résultat du traitement.</p> <p><i>Méthode :</i> Cette revue est basée sur des articles de synthèse publiés sur ce sujet après 2000.</p> <p><i>Résultats :</i> Les nombreuses techniques psychosociales semblent soutenues par des données empiriques, mais toutes ne semblent pas être égales dans leur efficacité. De fortes données probantes soutiennent les techniques d'amélioration de motivation au travers de l'entretien motivationnel (EM) avec un fort soutien empirique, ou encore les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ou les interventions brèves.</p> <p><i>Discussion :</i> Quand ses modalités psychosociales sont comparées, elles ne semblent pas produire de meilleurs résultats l'une que l'autre, les auteurs de cette revue préconise de ce fait de ne pas en choisir impérativement l'une ou l'autre, mais d'en choisir une car elles présentent toutes les même</p>

	taux de réussite.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Il y a de fortes évidences qui prouvent l'efficacité des interventions psychosociales sur les TPCA. Cependant tous les traitements n'ont pas le même niveau d'efficacité, il y a un écart entre ce qui est connue du bénéfice et ce qui est couramment pratiqué et la manière dont la thérapie est conduite influence beaucoup les résultats.
Recension des écrits	De par la nature de la revue systématique une recension fût entreprise et permet de faire un état des lieux sur les connaissances et les données probantes disponibles sur le sujet traité.
Cadre de recherche	<p>Les interventions psychosociales regroupent divers groupe d'approche thérapeutique, la plupart basés sur des théories d'apprentissage social et ont pour but de développer le sentiment d'auto-efficacité et de stratégies de coping pour éviter de boire, afin d'atteindre soit une consommation modérée et contrôler ou l'abstinence.</p> <p>Dans leur revue sur les traitements et leurs résultats, Miller et al. ont identifié 30 approches psychosociales pour le traitement de TPCA. Les plus fréquemment étudiés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ EM ○ TCC ○ Interventions brèves ○ Le "case management" ○ Thérapie de couple et/ou famille
Buts et question de recherche	Examiner l'efficacité des modalités psychosociales dans le traitement des troubles et problèmes liés à la consommation d'alcool (TPCA). Ainsi que d'examiner l'influence de la relation clients-thérapeutes sur le résultat du traitement.
METHODE	
Population et échantillon	Adultes avec problèmes d'alcool, pas de données sur le nombre de participants aux études analysées par les auteurs de cette revue.
Considérations éthiques	Pas de données.
Devis de recherche	Il s'agit d'une analyse systématique de différentes

	études soit des études randomisées contrôlées et des études de cohorte.
Modes de collectes de données	Les auteurs ont réalisé une recherche de littérature sur différentes bases de données et journaux, ayant été publiés après 2000.
Analyse des données	Ne présente pas de réelle analyse de données, mais présente les résultats des différentes études employées pour la rédaction de cette revue.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés selon différents items qui correspondent aux thématiques des différentes études employées par les auteurs pour la réalisation de leur revue systématique.</p> <p><i>Recherche de soutien pour les modalités psychosociales :</i> Durant les 2 dernières décennies Miller et al. & Miller et Hester ont conduit de multiples revues systématiques d'études cliniques sur les interventions psychosociales. Les modalités psychosociales qui semblent recevoir le plus d'attention sont celles citées ci-dessus, mais cela ne signifie pas que les recherches effectuées cherchent à prouver leurs efficacités. De plus, des méta-analyses plus récentes viennent appuyer les données déjà présentées par Miller et al. De plus, ces auteurs mettent également en avant les bénéfices économiques des interventions psychosociales sur les problèmes liés à l'alcool.</p> <p><i>L'impact du thérapeute sur les résultats du traitement :</i> Selon l'étude menée par Najavits et al., & Najavits et Weiss. Ils ont observé qu'auprès de 5000 clients dans un centre hospitalier universitaire, que l'attitude du soignant face au patient améliorerait de 10% les résultats de la thérapie. A savoir qu'un soignant plus empathique, offrant plus de compréhension et de soutien, ainsi que par la mobilisation de ressources externes montraient de meilleurs résultats de thérapie que les soignants plus</p>

	<p>distant, avec un affect plus négatif ainsi que des attitudes de blâme et punitive.</p> <p>De ce fait la construction d'une relation thérapeutique de bonne qualité est primordiale à la réussite d'une thérapie.</p> <p>En plus de la relation clients-thérapeutes, la relation du thérapeute à la thérapie semble également influencée les résultats selon cette étude, par exemple un thérapeute qui ne croit pas en la thérapie, ne sera pas autant engagé et ne suivra pas proprement les guidelines qu'un thérapeute impliqué.</p> <p>De plus il semblerait que l'expérience de la pratique de certaines thérapies semble améliorer les résultats ont observé les auteurs de cette étude.</p> <p><i>Adapter le traitement aux caractéristiques du patient</i></p> <p>Des décennies d'études prouvent qu'il est bénéfique pour les patient de recevoir une thérapie adaptée à sa situation. (ref 71, 72)</p> <p>Le traitement des abus de substance peut être conduit soit sous forme d'hospitalisation ou de traitement ambulatoire cela dépendant du degré de dépendance et l'existence de pathologie psychiatrique sous-jacente, du statut social. Peu de données empiriques existent sur les critères d'hospitalisation de ses troubles.</p> <p>De l'autre côté il a les patients avec des troubles modérés qui sont stables sur le plan social et ne présente pas de troubles psychiatriques concomitant, qui pourrait bénéficier d'interventions brèves et ambulatoire. Cela permettrait de baisser les coûts de ces prises en charges. Cependant il n'y a que peu de données pour appuyer l'efficacité de prise en charge brève pour les abus de substances.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Un grand nombre de données probantes soutiennent que certaines thérapies psychosociales sont efficaces dans le traitement de TPCA</p> <p>Les traitements qui ont le plus grand support</p>



	<p>empirique sont les thérapies d'amélioration motivationnelle et les différentes thérapies cognitivo-comportementales et autres thérapies comportementales.</p> <p>Quand ces modalités sont comparées dans des études randomisées contrôlées les résultats sont comparables, de ce fait il n'y a pas d'éléments qui permettent de promouvoir plus l'une ou l'autre thérapie. Alors que les bénéfices pour les clients de ces approches sont prouvés leurs bénéfices économiques ne sont pas prouvés.</p> <p>Des données probantes ne sont pas disponibles sur la personnalisation des prises en charge spécifiques au problème que présente le patient. Cette correspondance problème traitement est délicate de par son besoin d'augmenter l'évaluation avant le début du traitement et de ce fait augmenter les coûts de la prise en charge.</p> <p>Des recherches probantes sur la recherche de l'efficacité de traitement moins intrusifs, avec des interventions plus espacées, mais centrées sur le patient semble être efficace.</p> <p>Le traitement motivationnel est proposé comme intervention de première instance et semble montrer des résultats similaires au TCC.</p> <p>Tandis ce que les interventions brèves permettraient d'œuvrer comme porte d'entrée pour le patient et de le lancer dans un processus de thérapie, sans directement commencer une thérapie cognitivo-comportementale de longue durée si le patient n'est pas compliant au traitement.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Un traitement personnalisé serait une manière d'améliorer l'efficacité des modalités psychosociales, spécialement pour l'obtention de résultats de long terme. Pour ce faire il faudrait encore développer les connaissances sur les mécanismes de changement qui occurred lors de TCC, EM et d'autres interventions psychosociales avant de commencer des études randomisées contrôlées pour étudier les effets de cette personnalisation de thérapie.</p>

KELLY, J. F., & HOEPPNER, B. B. (2014). DOES ALCOHOLICS ANONYMOUS WORK DIFFERENTLY FOR MEN AND WOMEN? A MODERATED MULTIPLE-MEDIATION ANALYSIS IN A LARGE CLINICAL SAMPLE

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre précise les concepts suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Différence des bénéfiques entre femmes et hommes quant à la participation aux Alcooliques Anonymes (AA). <p>La population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hommes et les femmes
Résumé	<p>Le résumé synthétise :</p> <p><i>Problème :</i> Les Alcooliques Anonymes (AA) ont commencés comme une association masculine, mais 1/3 des participants est maintenant féminins. Des études montrent que les femmes participent autant que les hommes et en tireraient le même bénéfice, mais il n'est pas claire si les femmes en bénéficie de la même manière que les hommes. Cette étude teste si le genre modifie le mécanisme par lequel les AA aident au rétablissement.</p> <p><i>Méthode :</i> Des sujets alcoolodépendants (dont 24% de femmes) ont été évalués via une évaluation des médiateurs médiationnels de changement (auto-efficacité, dépression, réseau social et la spiritualité/religion) et résultats (Percent Days Abstinent [PDA] and Drinks per Drinking Day [DDD]) à 9 et 15 mois. Les médiateurs de changement expliquent la différence de mécanisme pour hommes et femmes.</p> <p><i>Résultats :</i> Pour les PDA ou pourcentage de jours d'abstinence, les résultats des AA est semblable entre hommes (53%) et femmes (49%). A la fois hommes et femmes ont changé des facteurs sociaux, mais ce changement semblait plus important chez les hommes.</p>

	<p>Pour le DDD ou boisson par jour de consommation. Les résultats montrent un changement chez 70% des hommes et 41% chez les femmes.</p> <p>Les hommes bénéficient majoritairement d'un changement social.</p> <p>Il semblerait qu'un sentiment d'auto-efficacité négatif est plus présent chez les femmes pouvant ainsi influencer sur les résultats.</p> <p><i>Discussion :</i></p> <p>Les bénéfices tirées des AA est différent dans leur nature et leur ampleur entre des hommes et des femmes, cela peut refléter des besoins différents basés sur des défis de rétablissement liés aux rôles sociaux différents.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Il s'agit d'étudier un phénomène en augmentation dans les pays développés, qui est un fardeau pour la société, l'économie, attribué à l'abus d'alcool et aux autres drogues. C'est le traitement de ce phénomène au travers d'entretiens formels, informels et de services de soutiens afin de réduire les coûts liés aux traitements des dépendances et de favoriser le maintien à long terme.</p> <p>En parallèle à l'amélioration de la quantité et de la qualité des soins prodigués, il y a une augmentation des organisations de soutien qui apparaît telles que les AA, pour ne citer que la plus connue.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude</p> <p>La recension présente des sources primaires</p> <p>Les dernières investigations concernant les AA ont été d'identifier les mécanismes de changements de comportements et identifier les facteurs médiationnels qui mène à la rémission.</p> <p>Certaines études relatent la recherche centrée sur ces 2 mécanismes simultanément afin de déterminer si le mécanisme de rémission est dépendant de certaines caractéristiques personnelles comme la quantité et la fréquence de consommation, l'âge.</p>

	<p>Kelly et collègues (2012a) ont trouvé que les patients qui consommaient une plus grande quantité bénéficiaient plus des AA au travers de la baisse des symptômes dépressifs et l'augmentation de pratique religieuse/spirituel que les sujets avec une consommation moindre.</p>
Cadre de recherche	<p>Un tiers des membres des AA sont de genre féminin. A savoir que cette organisation quasi totalement constituée d'hommes. De ce fait elle est restée dans les mœurs comme une association masculine.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les études montrent que les femmes participent autant que les hommes durant les séances AA et en retirent également des bénéfices. Mais il n'est pas spécifié si les femmes en bénéficient de la même manière que les hommes.</p> <p>Par exemple de récentes études suggèrent que les AA amènent à une amélioration du soutien social (augmentation du nombre de pro-abstinent et diminution de pro-alcool) pour la rémission, et d'augmenter les stratégies pour rester abstinent lors de situations à risques ou lors de ressenti de sentiments négatifs/dépressifs.</p> <p>Cependant concernant la différence de genre, il y a une plus forte prévalence de sentiments négatifs/dépressifs chez les sujets féminins et des rôles sociaux différents qui pourraient entraîner des besoins différents pour la rémission.</p> <p>Ces données pourront aider à ajuster le programme en 12 étapes des AA ainsi que d'approfondir les connaissances sur les mécanismes de rémission de la femme mais aussi afin d'offrir des soins plus congruents avec leurs besoins.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>1'726 participants (dont 24% de femmes) à l'étude étaient demandeur de soins souffrant d'une addiction à l'alcool.</p> <p><i>Critères d'inclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Critères de diagnostic d'alcoolisme du DSM III - Alcool comme dépendance principale – Consommation de plus de 3 mois avant l'étude – 18 ans ou plus – Niveau

	<p>d'éducation secondaire</p> <p><i>Critères d'exclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Critères de diagnostic du DSM III pour dépendance à une drogue sédatrice ou hypnotique, stimulante (cocaïne ou opiacés) – Administration intraveineuse de drogues 6 mois avant l'étude – Risque auto/hétéro agression – Instabilité du statut social – Incapacité à signaler une personne de soutien.
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'un devis de recherche quantitatif de par la taille de l'échantillonnage et l'utilisation de questionnaire, les participants étaient soumis à une évaluation avant le début des soins, puis aux 3, 6, 9, 12 et 15 mois. Avec un taux de participation de 90%.</p> <p>Les participants étaient répartis de manière aléatoire dans 3 thérapies différentes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Thérapie cognitivo-comportementale. 2. Thérapie motivationnelle basée sur l'entretien motivationnel. 3. Thérapie de recouvrement en 12 étapes (Alcoolique Anonymes).
Modes de collectes de données	<p>L'évaluation à laquelle était soumis les participants tous les 3 mois comprenaient les items (variables, médiateurs de changement) suivants.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consommation d'alcool, était évaluée au travers du Form 90 (Miller et al., 1994), qui combine une estimation de la consommation quotidienne (à l'aide d'un calendrier) et les schémas de consommation. <p>En découleront deux résultats : a. Le pourcentage de jour d'abstinence et b. le nombre d'unités par jour de consommation.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Participation aux réunions d'Alcooliques Anonymes, au travers du Form 90 (Miller et al., 1994), le pourcentage de participation est calculé en divisant le nombre de jour de participation par le nombre de jours où trouvait lieu une réunion durant la période de l'étude. 3. Auto-efficacité est évaluée au travers The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (DiClemente et al., 1994). Il s'agit d'une échelle

	<p>de 20 points qui évalue l'auto-efficacité avec 4 sous échelles (affect négatif, social/positif, préoccupation physique et autres, rechute/pulsions)</p> <p>4. Pratiques religieuses/spirituelles, fut évaluées à l'aide d'une affirmation à cocher de 5 points afin de catégoriser le sujet comme Athée, Agnostique, Incertain, Spirituel et Religieux. Puis une brève évaluation de la pratique religieuse ou spirituelle des 90 derniers jours, car cette recherche examine les changements de spiritualité/religiosité.</p> <p>5. Dépression est évaluée au travers de l'inventaire de Beck (Beck et al., 1961). Cet inventaire de 21 items évalue les symptômes et leur sévérité.</p> <p>6. Réseau social, est évalué à l'aide de The Important People and Activities Instrument (IPA; Clifford et al., 1991).</p> <p>Il s'agit de caractériser l'environnement du patient en 2 catégories, soit encouragent la consommation d'alcool soit pro abstinence.</p> <p>7. Caractéristiques de bases telles que les informations démographiques du sujet, le nombre de prise en charge avant l'étude, le genre, statut civil et statut au niveau du travail.</p>
Conduite de la recherche	<p>Une variable indépendante était la participation aux séances des Alcooliques anonymes.</p> <p>2 variables dépendantes : a. Le nombre d'unités consommées par jour de consommation (DDD) b. Pourcentage de jour d'abstinence (PDA).</p> <p>Pas d'autres données.</p>
Analyse des données	<p>Pour éviter la confusion temporelle entre les médiateurs, et les variables de résultats, et donc d'améliorer l'inférence, les auteurs de l'article ont utilisé une approche multi-groupe de modélisation par équation structurelle pour exprimer les différences entre les sexes.</p> <p>Ils ont conduit cette approche multi-groupe simultanément mais séparément pour hommes et femmes. Cela pour faciliter l'analyse des données.</p> <p>Il y a 3.6% de données manquantes à 3 mois, 13.6% à 9 mois. Pour pallier à ce manque de données, les auteurs ont procédé à une</p>

	estimation des tendances pour pallier aux données manquantes.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Présentation de résultats sous formes texte:</p> <p>1. Différences entre les sexes dans les relations éducatives</p> <p>Une première analyse des données effectuées pour objectiver si la participation aux AA a un impact positif sur la consommation d'alcool. Ici l'effet sur le PDA et le DDD n'était pas significativement différent entre les hommes et les femmes. A souligner que l'effet de l'affect négatif sur l'auto-efficacité face à l'alcool serait plus grand chez les femmes que les hommes. Et l'augmentation de l'auto-efficacité face aux situations à risques sociales est le plus grand moteur de changement face à l'alcool.</p> <p>2. Effet sur le PDA :</p> <p>Un plus grand sentiment d'auto-efficacité dans les situations à risques et un accroissement dans l'entourage de personnes pro-abstinences sont les médiateurs ayant le plus grand impact pour abaisser le PDA chez l'homme et la femme. Il semblerait que le changement social soit le plus grand moteur pour l'homme alors qu'il est plus faible chez la femme. Le médiateur médiationnel le plus important pour la femme semble être le coping face à l'affect négatif alors qu'il est faible chez l'homme. Chez la femme ce médiateur semble être le second après l'entourage pro-abstinence.</p> <p>3. Effet sur le DDD :</p> <p>Pour les hommes il semblerait que l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité dans les situations sociales à risques, une baisse de l'entourage pro-alcool et une augmentation de la pro-abstinence ainsi qu'une baisse de dépression sont les médiateurs qui influent sur une baisse du DDD.</p> <p>Chez les femmes il semblerait qu'elles aient profité des mêmes mécanismes que les hommes pour la baisse du DDD, mais de manière statistiquement inférieure.</p>

	<p>Il est à préciser que tant pour les hommes que pour les femmes une augmentation de pro-abstinence et une baisse de pro-alcool dans l'entourage est l'un des moteurs principales pour abaisser le DDD.</p> <p>Les résultats sont illustrés à l'aide de différents graphiques et tableaux.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>A l'aide d'une grande diversité démographique de l'échantillon clinique d'américains adultes souffrant de trouble de la consommation d'alcool et en utilisant une méthodologie adéquate, cette étude a analysé si les mécanismes par lesquels les AA facilitent la rémission différaient dépendant du genre du sujet. Cette étude a également mis en avant les effets bénéfiques significatifs sur la consommation d'alcool, de la participation aux AA, conformément aux études précédentes.</p> <p>En outre l'effet des AA ne diffère pas aux regards des différents médiateurs, mais dans la signification et l'ampleur de certaines voies médiationnelles, cela permet d'avancer que les femmes et les hommes tirent tous 2 des bénéfices aux AA, mais par des mécanismes différents.</p> <p>Les AA ont généralement contribué à accroître l'abstinence par le biais de l'accroissement de l'auto-efficacité et accroissement d'un entourage pro-abstinence. L'importance de ces effets diffère de manière importante pour les hommes (90,6%) et que de (57,4%) pour les femmes</p> <p>En plus d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité, la capacité à éviter les situations sociales à risques et d'augmenter la part de pro-abstinents de l'entourage pour les 2 sexes les AA la proportion peut s'expliquer au travers des différents rôles sociaux liés au genre et aux contextes de consommation.</p> <p>Les AA semblent faciliter la rémission au travers de l'augmentation de stratégie de coping face à des situations sociales de haut risque plus</p>

	<p>masculine telles que les évènements sportifs par exemple, alors que les femmes bénéficient aussi de cette stratégie elles ne correspondent pas forcément aux situations qu'elle rencontre.</p> <p>D'un point de vue masculin les AA ont donc aidé à augmenter les stratégies d'adaptation lors de situations sociales à risques, baissant le sentiment de dépression, en augmentant le réseau social pro abstinence et en abaissant l'entourage pro-consommation. En effet l'impact important sur le réseau social de l'homme était quasi inexistant chez la femme pour la valeur du PDA.</p> <p>Les six variables investiguées semblent expliquer la baisse du DDD lors de la participation aux AA chez l'homme alors que d'autres mécanismes semblent être moteur de changement chez les femmes.</p> <p>Les limites de l'étude sont définies par la différence de taille des échantillons hommes/femme. Certains résultats étaient statistiquement significatifs pour les hommes et proportionnellement faible pour les femmes. De plus l'espacement des évaluations de 3 mois peut être jugé comme trop long pour observer des moteurs médiationnels plus fins.</p> <p>Les données ayant été collectées dans les années 90 et que le changement observé ont essentiellement eu lieu dans la sphère socioculturelles des sujets à l'aide de traitements ou d'aspects liés aux AA, il est possible que les résultats de cette étude ne soient pas reproductible.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>De la même manière que la littérature de psychothérapie " how patients make therapy work" (Bohart et al.,1999), cette étude ce place dans le contexte des changements comportementaux des AA. Au lieu de se demander comment les AA marchent, il serait plus approprié de se poser la question : comment les sujets font que les AA marchent pour eux ? Il est probable que les participants aux AA, tirent parti du mécanisme médiationnel le plus saillant</p>

	<p>selon leur phase de rémission parmi les différents mécanismes de changement que les AA offrent. Les hommes montreront un plus grand changement dans l'exposition aux risques liés aux contextes sociaux. Alors que les femmes semblent profiter du même mécanisme, mais plus d'investigation semble nécessaire pour mieux le comprendre.</p> <p>En effet, il est proposé d'investiguer les mécanismes de coping de l'affect négatif pour les femmes entre 30-50 ans afin de trouver de nouvelles stratégies car il semblerait que ce soit cette variable qui influence le plus la rémission des femmes.</p>
--	--

BECKHAM, N. (2007). MOTIVATIONAL INTERVIEWING WITH HAZARDOUS DRINKERS

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Les concepts sont précisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'entretien motivationnel (EM) ○ Les buveurs dangereux
Résumé	<p>Etude randomisée contrôlée</p> <p><i>But :</i> Tester l'efficacité de l'EM chez une population de grands buveurs dans un milieu rural.</p> <p><i>Méthodologie :</i> L'étude vise les populations rurales à risque. Les sujets ont été choisis en fonction du résultat obtenu au test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), ceux obtenant un résultat de « buveurs dangereux » ont été choisis pour l'étude. Les sujets ont été répartis aléatoirement dans 2 groupes différents, 1 de contrôle (= groupe témoin, ne recevant pas de traitement) et 1 recevant le traitement. Le groupe recevant l'EM a participé à une séance d'entrevue avec l'enquêteur, une infirmière praticienne. La consommation d'alcool a été suivie pendant 6 semaines suivant l'expérience.</p> <p><i>Conclusion :</i> Les participants ont nettement diminué leur consommation par jour. En prétraitement la consommation du groupe contrôle était de 4.37 verres par jour et celle du groupe traitement était de 4.65. En posttraitement, la consommation du groupe contrôle a baissé à 3.77 et le groupe traitement a baissé à 1.95 verres par jour. L'effet de l'EM a également été testé par analyses sanguine (GGT), les valeurs ont également significativement diminué chez le groupe traitement.</p> <p><i>Implication pour la pratique :</i> Les résultats de l'étude ont démontrés que l'EM</p>

	<p>est très efficace chez les buveurs dangereux, il est responsable du changement positif dans l'échantillon de l'étude.</p> <p>Négocier le changement fait partie intégrante du rôle infirmier, de ce fait ajouter ce mode d'entretien aux compétences des infirmières est important et ne peut être que bénéfique.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Chaque année 100'000 décès, suite à la consommation d'alcool, sont relatés aux USA. « les beuveries » (4 ou plus boissons alcoolique en 1 seule occasion) sont en majeure partie responsables des décès liés à l'alcool.</p> <p>Une enquête faite en 1999 sur les ménages, a estimé que 105 millions d'américains âgés de 12 ans et plus ont déclaré avoir consommé régulièrement de l'alcool les 30 jours précédents. Le pic de pourcentage des fortes consommations et des « beuveries » est à 21 ans. Entre 1995 et 2001, le pourcentage de beuveries, par personne et par semaine, chez les >18 ans a augmenté de 35 %. Le taux était plus élevé entre 18-25 ans avec 81% d'hommes. Les consommateurs excessifs sont 14 fois plus susceptibles de conduire que les non consommateurs.</p> <p>Les risques d'une consommation excessive sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hypertension ○ Arythmies ○ Cardiomyopathie ○ AVC ○ Augmentation du risque de développer des pathologies hépatiques, cirrhoses ○ Risque augmenté de développer un cancer (œsophage, bouche, gorge, larynx, sein, côlon, rectum) <p>La consommation abusive est liée aux accidents de la route, noyades, incendies, chutes. Des comportements dommageables tels que violences conjugales/envers les enfants, suicide, abus sexuels, homicides, sont aussi liés à la consommation abusive d'alcool.</p>

	<p>Les problèmes de santé chez l'alcoolique peuvent affecter la santé tant physique que mentale de ses amis/de sa famille</p>
Recension des écrits	<p>Dans l'introduction, l'auteure recense les différentes études qui ont été faites.</p> <p>Une étude réalisée en 2005 auprès de 447 sujets, a démontré l'efficacité des conseils brefs délivrés par des médecins et des infirmières praticiennes. Les résultats ont relevé une diminution significative de la consommation hebdomadaire chez le groupe traitement. Aux 12 mois le groupe contrôle était à 5.7 verres par semaines vs le groupe témoins à 3.1 verres.</p> <p>La sévérité de la consommation varie selon l'individu, de la consommation moindre à la dépendance. De ce fait, une variété de méthode peut être nécessaire dans l'accompagnement des personnes alcoolo-dépendante existent en fonction de la sévérité de la consommation. Il a été démontré que les interventions à court terme étaient plus efficaces que celles sur le long terme chez la plupart des individus. Les interventions à court terme sont aussi moins coûteuses.</p> <p>Une méta-analyse réalisée en 2005 a examinée 19 essais et 5639 participants. 8 des essais ont rapporté une efficacité significative de l'intervention aux 6 et 12 mois.</p> <p>Une autre méta-analyse a trouvé que les effets globaux perdurent durant la période de suivis de 3 à 6 mois.</p> <p>Une étude de Miller (1985) a démontré qu'il y avait une récurrence dans les facteurs favorisant la motivation des personnes alcooliques. Ces facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Feedback personnels sur les effets nocifs de l'alcool ○ Liberté de choix dans la maintenance du comportement ○ Conseils non directifs et clairs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'empathie, la chaleur, la solidarité, sympathie et attention du thérapeute. ○ Mettre l'accent sur l'auto efficacité du patient
Cadre de recherche	<p>Le concept clé de l'étude est clairement identifié et défini, il s'agit de l'entretien motivationnel, et il s'agit d'évaluer son efficacité.</p> <p>Les recherches sur l'entretien motivationnel ont été réalisées avec différentes populations, étudiants, jeunes adultes, alcooliques, femmes enceintes, adolescents, troubles du comportement alimentaire, femmes âgées obèses et les diabétiques. Les études ont été réalisées dans des cliniques, hôpitals, cliniques pour le traitement des alcooliques, cliniques pour étudiants,...</p> <p>Cette intervention (EM) est enseignée, notamment en école médicale et devient un standard de soins pour les buveurs excessifs. Les techniques et le déroulement de l'EM sont clairement définis.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche n'est pas clairement exposé, cependant nous comprenons très bien que le but de la recherche et de trouver/comprendre/évaluer l'efficacité de l'EM chez une population de consommateurs excessifs d'alcool et de comparer les résultats avec un groupe contrôle (qui ne recevra aucun traitement).</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'étude cible la population à risque d'alcoolodépendance en milieu rural. Les consommateurs ont été identifiés et assignés à l'un des 2 groupes, intervention ou contrôle. Le groupe de traitement a reçu une seule fois l'entretien motivationnel. L'alcool a été mesuré au moment de l'intervention puis 6 semaines plus tard.</p> <p>Pour l'étude 86 personnes ont participé après avoir remplis évaluation. Parmi les 32 personnes qui ont présenté un score positif, 3 n'ont pas été contactées, 1 n'a pas été retenu. 15 étaient des</p>

	<p>femmes et 13 des hommes.</p> <p>Les participants avec des pathologies psychiatriques ont été incluses à l'étude. 64% des participants présentaient un trouble psychiatrique.</p> <p>Les critères d'exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grossesse ○ Plus jeunes que 18 ans ○ Présentant des idées suicidaires <p>Les participants ont été distribués de manière aléatoire dans l'un des 2 groupes (intervention ou contrôle).</p>
Considérations éthiques	Les participants ont donné leur consentement éclairé et ont eu la garanti de l'anonymat.
Devis de recherche	<p>Les participants ont été prévus pour 2 temps de collectes de données à un intervalle de 6 semaines.</p> <p><i>Temps 1 :</i></p> <p>Les participants ont remplis un formulaire sur la consommation d'alcool et on fait une analyse sanguine (GGT), ceci en 30 minutes et pour les 2 groupes. Directement après ces 30 minutes groupe intervention a reçu un entretien motivationnel entre 45 – 60 minutes.</p> <p><i>Temps 2 :</i></p> <p>Idem que temps 1, mais 6 semaines après.</p> <p>Alcool a été mesuré au moment de l'intervention et 6 semaines plus tard.</p>
Modes de collectes de données	<p><i>Test avant l'étude :</i></p> <p>La consommation d'alcool a été mesurée avec l'AUDIT, questionnaire qui comprend 10 items (concernant consommation, comportement, problème lié à l'alcool). Chaque réponse vaut entre 0 et 4 points, le maximum de points est de 40.</p> <p><i>Test/questionnaire pour l'étude :</i></p> <p>« Six-Week Alcohol Quantity/Ffrequency Form », demande le nombre et le type de boissons consommées.</p>
Conduite de la recherche	Les participants ont été sélectionnés avec l'outil AUDIT puis assignés à l'un des 2 groupes

	<p>(intervention ou contrôle). Ils ont eu droit à une test/questionnaire et une analyse sanguine (GGT) au moment de l'intervention et après 6 semaines.</p> <p>C'est une étude randomisée contrôlée.</p>
Analyse des données	Les méthodes d'analyses ne sont pas clairement explicitées.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats ne sont pas présentés sous formes de graphiques ou de tableaux mais sont sous forme narrative.</p> <p>Les résultats démontrent que l'EM est une intervention efficace dans le traitement des personnes alcoolodépendantes.</p> <p>La consommation par jour a été analysée avant et après le traitement dans les 2 groupes (traitement et contrôle). Au temps 1 (prétraitement), le groupe contrôle consommait 4.37 verres par jour et le groupe traitement 4.65. Au temps 2 (posttest), le groupe contrôle est descendu à 3.77 verres par jour et le groupe traitement à 1.95 verres. Les résultats indiquent que le changement de consommation diffère significativement entre les 2 groupes.</p> <p>L'efficacité de l'EM a aussi été démontrée de par la diminution du taux de GGT.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'étude a démontré que l'EM est une intervention efficace auprès des consommateurs. Les participants ont diminué considérablement le nombre de verres par jour, leur taux de GGT à également diminué de manière significative.</p> <p>3 participants (10%) ont déclaré être complètement abstient à la suite de cette étude, 2 faisaient partie du groupe traitement.</p> <p>Après l'intervention les participants du groupe traitement consommaient verres maximum par</p>

	<p>jour, ceci démontre encore une fois l'efficacité de l'EM comme intervention.</p> <p>L'auteure souligne le fait qu'il serait possible que certains facteurs, comme la pathologie psychiatrique ou l'utilisation de médicaments, est pu influencer les résultats.</p> <p>Les résultats de cette étude concordent avec les résultats d'autres études déjà réalisées dans un cadre de pratique clinique.</p> <p>Les limitations de la recherche sont présentées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'échantillon de participants était trop faible ○ La généralisation des résultats
Conséquences et recommandations	<p>L'auteure souligne que les recherches futures devraient inclure les alcoolodépendants qui se portent volontaires à l'étude, ainsi que ceux adressés par le tribunal. Elle déclare également qu'il serait intéressant d'étudier l'efficacité de l'EM sur des buveurs ayant été blessés à la suite de consommation (accidents de la route).</p> <p>Des recherches récentes ont montré que 19.7% des consommateurs aux USA sont des mineurs âgés entre 12 et 20 ans. Cette population pourrait également bénéficier de l'EM pour ainsi prévenir la progression d'alcoolodépendance.</p>

MSN, J. J., BASU, D., & MSN, N. K. (2014). ARE NURSE-CONDUCTED BRIEF INTERVENTIONS (NCBIS) EFFICACIOUS FOR HAZARDOUS OR HARMFUL ALCOHOL USE ? A SYSTEMATIC REVIEW

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre précise les concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Interventions brèves conduites par des infirmières ○ Efficace ○ Consommation délétère ou dangereuse d'alcool ○ Revue systématique <p>La population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2676 personnes (2098 hommes et 578 femmes) souffrant de troubles de la consommation d'alcool
Résumé	<p>Le résumé synthétise:</p> <p><i>But :</i> Le but de cette recherche est de comparer l'efficacité d'interventions brèves conduites par des infirmières pour baisser la consommation d'alcool comparé à des interventions conduites par des thérapeutes.</p> <p><i>Problème :</i> Globalement la consommation d'alcool devient inquiétante et a des effets significatifs sur la santé publique au niveau mondial. Nombreuses études ont prouvé que des interventions brèves étaient efficaces pour abaisser la consommation d'alcool. Cependant peu d'études se sont penchées sur leurs efficacités quand elles sont menées par des infirmières.</p> <p><i>Méthode :</i> Revue systématique de résultats de recherches incluant des études randomisées contrôlées d'interventions brèves menées essentiellement par des infirmières et des thérapeutes et qui avaient pour buts la réduction de la consommation et des problèmes liés. Pour trouver ces études randomisées, les auteurs de cet article ont procédé à une recherche informatique publiée entre 1995 à 2012.</p>

	<p><i>Résultats :</i> 11 études regroupaient les critères d'inclusions à cette recherche, soit la comparaison de résultats sur la consommation d'alcool entre l'intervention brève conduite par des infirmières avec un groupe de contrôle. 5 des études montrent que l'effet d'interventions brèves diminue significativement la consommation d'alcool et 2 études concluent que les interventions conduites par des infirmières étaient aussi efficace que celles conduites par des médecins.</p> <p><i>Discussion :</i> Les recherches conduites permettent de conclure que des interventions brèves conduites par des infirmières est une stratégie efficace pour diminuer la consommation d'alcool. Cependant plus d'études randomisées contrôlées devraient être conduites pour soutenir son efficacité.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Bien que la consommation d'alcool a toujours reçue beaucoup d'attention, un changement dans la consommation est apparue ces dernières décennies, à savoir les troubles de la consommation, consommation dangereuse ou à risque. Ce trouble de la consommation semble être plus réceptif aux interventions des professionnels de la santé que les personnes souffrant de dépendance (Saunders & Conigrave 1990), cette revue s'intéresse aux résultats d'interventions brèves auprès d'une population présentant une consommation à risque. A savoir que la consommation dangereuse d'alcool serait responsable de 3.8% des décès dans le monde selon l'OMS 2009.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise. La recension présente des sources primaires De nombreuse méta-analyses et revues ont prouvé l'efficacité des interventions brèves pour les personnes présentant une consommation à risque chez les usagers de centre hospitalier,</p>

	clinique et autres structures de soins comme des cabinets privés.
Cadre de recherche	Décrit plus haut.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est d'établir si l'intervention brève conduite auprès de personnes présentant des troubles de la consommation de l'alcool présente des bénéfices sur leur consommation. L'étude cible les infirmières étant donné qu'elles constituent la majeure partie des équipes de soins ainsi que grâce à leurs proximité avec les patients, elles peuvent donc de ce fait servir de premier rempart pour engager une évaluation de la consommation et d'entamer des interventions brèves. (Daepfen et al. 2007; Israel et al. 1996; McManus et al. 2003; Manwell et al. 2000; Watson et al. 2009)</p> <p>Cependant la preuve de l'efficacité d'interventions infirmières brèves n'est pas concluante en raison du manque d'études randomisées contrôlées. Cela a incité les chercheurs à mener une revue systématique pour générer une synthèse quantitative par l'analyse d'étude randomisée contrôlée afin d'amener des données probantes sur ce sujet.</p>
METHODE	
Population et échantillon	2676 personnes (2098 hommes et 578 femmes) souffrant de troubles de la consommation d'alcool étaient inclus dans les 11 études retenues. L'âge moyen des participants est de 37.47ans.
Considérations éthiques	Aucun de ces critères n'est présent.
Devis de recherche	Il s'agit d'une revue systématique qui inclue des études quantitatives sur les résultats d'interventions brèves (IB) essentiellement conduites par des infirmières.
Modes de collectes de données	Pour collecter les données, les auteurs de cette revue systématique ont employé les mots clés suivants : « alcohol », « brief intervention », « nurse », « hazardous and harmful alcohol use » et ont limité leurs recherches dans le temps entre 1995 et 2012. Ils questionnèrent les bases de données suivantes : MEDLINE, Cochrane central register of controlled trials (2013), Alcohol and Alcohol Problems Science Database (ETOH).

Conduite de la recherche	<p>Les critères d'inclusions des études à cette recherche sont des études randomisées contrôlées publiées en anglais, incluant une population de patient avec des troubles de la consommation d'alcool et des interventions brèves conduites par des infirmières.</p> <p>La recherche fut conduite par 2 chercheurs mandatés pour identifier au mieux les critères d'inclusions dans les études trouvées.</p> <p>La stratégie de recherche a permis d'identifier 603 références, à la suite d'une brève analyse à l'aide des critères d'inclusions 111 sont proposés aux chercheurs. Des 111, 82 étaient des études randomisées contrôlées sur les IB avec un bas taux d'implication infirmière, pour finir 11 études sont retenues pour la réalisation de cette revue.</p>
Analyse des données	Les méthodes d'analyses ne sont pas décrites.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme linéaire et imagé à l'aide de tableaux.</p> <p>Les études incluses dans cette revue sont issues des USA, du Royaume Unis, du Canada, de Suède, de Chine, d'Australie et de Taiwan.</p> <p>La plupart des IB ont été menées dans des structures de bases et en clinique. Cependant 3 études ont été menées dans un hôpital et une en service d'urgences. Les sujets d'études étaient évalués comme des consommateurs à problèmes, à l'aide de différents questionnaires d'évaluation de la consommation d'alcool et l'une s'est même appuyée sur des valeurs des Gamma GT.</p> <p>IB comprenait différentes interventions, telles que des entretiens motivationnels (EM), de l'éducation thérapeutique (ET) durant entre 5 – 25ans. La majorité des études n'étudièrent qu'une seule intervention, alors que 2 des études firent des rappels à 3 et 12mois.</p> <p>La mesure des résultats des IB fût effectuée par le rapport volontaire des participants de leur consommation.</p> <p>2 études (Goodall et al. 2008; Smith et al. 2003) ont évalué le nombre de jours d'abstinence et une le rapport sur le changement de qualité de vie du patient (Lock et al. 2008).</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Malgré la présence de littérature sur les IB, cette revue est la première revue systématique sur les IB menés par des infirmières.</p> <p>Une des études (McIntosh et al. 1997) a observée qu'une intervention de 5 minutes pouvait être aussi efficace qu'une intervention de 30 minutes, qu'elle soit conduite par un médecin ou une infirmière et que le but était de lancer un processus de réflexion sur la consommation du patient.</p> <p>Une autre (Tomson et al., 1998) met en avant l'impact positif des IB infirmières par une diminution de la quantité consommée rapportée par les patients ainsi qu'une baisse du taux de gamma GT.</p> <p>Et puis l'étude (Ockene et al., 1999) conclue que les IB infirmières, comme les IB menées par des médecins, résultent en une baisse de la fréquence de « <i>Binge drinking</i> » (beuverie).</p> <p>Holloway et al., 2007 indique en conclusion de leurs études, que les IB infirmières orientées sur l'augmentation de l'empowerment pouvaient mener à baisser la consommation hebdomadaire de 10 unités.</p> <p>Godall et al (2008) ont observés qu'une IB infirmière permettait une baisse de la consommation après un contrôle de 12mois chez des patients atteint de traumatismes faciaux dû à la consommation d'alcool en comparaison du groupe contrôle qui n'a reçus qu'un flyer sur l'alcool.</p> <p>Lane et al., (2008) ont mis en avant que la pratique de l'IB infirmière était viable et faisable en clinique sexuel, mais n'était pas plus concluant que la prévention sous forme de littérature.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conclusions de cette revue suggèrent que les IB infirmières sont une stratégie efficace pour baisser la consommation d'alcool chez une population présentant un trouble de la consommation.</p>

SANTA ANA, E. J., WULFERT, E., & NIETERT, P. J. (2007). EFFICACY OF GROUP MOTIVATIONAL INTERVIEWING (GMI) FOR PSYCHIATRIC INPATIENTS WITH CHEMICAL DEPENDENCE

Eléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre précise les concepts clés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Efficacité ○ Intervention motivationnelle de groupe <p>Population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients avec dépendance chimique
Résumé	<p>Le résumé synthétise</p> <p><i>Problème :</i> La coexistence de dépendance chimique et de troubles psychiatriques fait augmenter le nombre de non compliances et souvent donne de mauvais résultats de traitement post hospitalisation. L'entretien motivationnel (EM) (Miller et Rollnick, 2002) semble montrer des résultats prometteurs pour l'engagement dans la thérapie selon (Hettinga, Steele, & Miller, 2005).</p> <p><i>Méthode :</i> 101 patients présentant une consommation de substances chimiques illicites et troubles psychiatriques (doubles diagnostics). Le panel de patients est reparti en 2 groupes, l'un qui participe à l'EM et l'autre à une activité de groupe, qui est le groupe contrôle.</p> <p><i>Résultats :</i> Les patients ayant participé à l'EM participent plus aux traitements post hospitalier que le groupe contrôle et consomment moins d'alcool et de substances illicites.</p> <p><i>Discussion :</i> Ces résultats offrent des données préliminaires sur l'efficacité de l'EM en groupe quand ajouté au programme de soins des patients.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	La coexistence de dépendance chimique et de troubles psychiatrique fait augmenter la non

	<p>compliance et souvent donne de mauvais résultats de traitement post hospitalisation. L'entretien motivationnel (EM) (Miller et Rollnick, 2002) semble montrer des résultats prometteurs pour l'engagement dans la thérapie selon (Hettema, Steele, & Miller, 2005). De récentes études montrent que les patients avec doubles diagnostics qui reçoivent de l'EM individuel participe plus activement dans le traitement et réduise leur consommation de substance par rapport au groupe contrôle (Handmaker, Packard, & Conforti, 2002), malgré ces données probantes, de nombreux programme n'incorporent pas l'EM dans leurs traitements car les traitements psychosociaux employés sont conduits en groupe. Certaines recherches se sont intéressées à la conduite d'EM en groupe (Walters, Ogle, & Martin, 2002). Cependant les résultats ne sont pas concluant.</p>
Buts et question de recherche	Le but de cette recherche est de développer l'utilisation de l'EM en groupe pour une population à doubles diagnostics et d'examiner l'impact de cette thérapie sur l'implication dans le traitement des participants post hospitalisation et les habitudes de consommation.
METHODE	
Population et échantillon	<p>Il s'agit de 101 personnes admises dans un centre hospitalier universitaire, qui offrent des prises en charge de stabilisation de crise, qui nécessitait une détoxification médicalement assistée ou une stabilisation d'une décompensation pathologique. La durée de séjour moyen est de 6.8 jours dans l'unité de crises. Les hospitalisations étaient volontaires ou involontaire.</p> <p>Pour être admis dans l'étude, le sujet devait présenter 1 dépendance à un chimique et 1 pathologie psychiatrique diagnostiquée. Une évaluation de la consommation de la substance d'addiction est évaluée et quantifiée à l'arrivée du sujet dans l'unité.</p>
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude de cohorte, le devis est mixte de par l'utilisation de questionnaire (pour

	l'habitude de consommation) et des entretiens avec des thérapeutes.
Modes de collectes de données	Au travers des entretiens et de questionnaires sur la durée de l'hospitalisation et des suivis post hospitalier par un assistant de recherche n'ayant pas participé aux interventions hospitalières et ne sachant pas quels patients avait suivis quel traitement. Durée jusqu'à 3mois.
Conduite de la recherche	Sur la durée de l'hospitalisation tous les patients ont reçus des soins standardisés : <ul style="list-style-type: none"> • Approche multidisciplinaire avec des entretiens et activités de groupe. En plus une partie des sujets participaient à de l'EM en groupe, la taille des groupes n'excédant pas 4. La durée de l'atelier était de 120min. Un second groupe était soumis à des activités de groupe que les patients pouvaient meubler comme ils souhaitaient, d'une durée de 120min également.
Analyse des données	Une comparaison de la fréquence et de la quantité de consommation est comparée entre les 2 groupes de patients lors des suivis post hospitalisation à 1 et 3 mois.
RESULTATS	
Présentation des résultats	Des tableaux présentent les données démographiques de personnes participantes à l'étude. Pour les données précliniques : 65% des patients consomment de l'alcool, 43.5% de la cocaïne et 20.8% du cannabis. Et les pathologies sous-jacentes sont 58.1% de dépression, 30.8% de troubles anxieux et 13.9% de bipolaire. 96% des patients ont participé au contrôle un 1 mois après l'hospitalisation contre seulement 86% aux 3mois. Résultats sur la participation aux traitements post hospitalier : 16.8 patients du groupe contrôle ont participé à au moins une session contre 25.4 qui s'est présentés régulièrement au groupe motivationnel.

	<p>Résultats sur la consommation :</p> <p>Lors du contrôle à 1 mois, 60.4% des patients du groupe motivationnel disent être abstinent contre 44.9% du groupe contrôle.</p> <p>Les 19 patients du groupe motivationnel qui consomment toujours disent consommer moins et moins fréquemment. Patients du groupe contrôle (27 personnes) rapportent une plus grande consommation, malgré une baisse que dans les données précliniques.</p> <p>68.8% des personnes du motivationnel rapportent être abstinente de drogue contre 51% du contrôle.</p> <p>Lors du contrôle à 3 mois, 50% du groupe motivationnel (22 individus) et 34.9% (soit 15 personnes) du contrôle rapportent qu'ils sont toujours abstinentes de consommation d'alcool.</p> <p>Des participants consommant le nombre d'unité consommé est significativement plus faible chez les patients du motivationnel.</p> <p>Pour les drogues 70.5% du motivationnel et 46.5% du contrôle disent être abstient.</p> <p>Pas de différence dans la fréquence de consommation entre les personnes des 2 groupes.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'EM semble avoir augmenté la motivation de certains patients à la participation du traitement post hospitalier, de ce fait augmente la compliance au traitement. L'EM est également associé à une baisse dans la consommation d'alcool, des résultats similaires que dans d'autres recherches (par ex. Moggi, Ouimette, Moos, & Finney, 1999).</p> <p>Cependant l'EM n'est pas la cause unique, étant donné que les patients suivaient un traitement commun entre les 2 groupes.</p> <p>Certains patients du groupe motivationnel n'ont pas montré d'amélioration de la motivation et les mécanismes personnels qui sont en jeu doivent encore être approfondis.</p> <p>Cependant l'ajout du motivationnel aux soins standards a mené de nombreux bénéfices pour les patients et peu de contraintes. Malgré que les</p>

	<p>effets bénéfiques du motivationnel semble baisser après 3mois. Il semble que le retour dans un environnement de haut stress ramène les patients vers leurs stratégies de coping comme la consommation.</p> <p>Une limitation de l'étude soulignée par les auteurs est la non randomisation dans la distribution des participants dans les 2 groupes. Et le petit échantillonnage à l'étude.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude fournis des données préliminaires sur le fait que le motivationnel conduit sous la forme de groupe peut être bénéfique pour le patient double diagnostic. Cependant les mécanismes d'action de l'EM en groupe doivent être identifiés à l'avenir pour mieux adapter cette thérapie efficace en entretien face-à-face.</p>

KANER, E. F. S., DICKINSON, H. O., BEYER, F., PIENAAR, E., SCHLESINGER, C., CAMPBELL, F., ... HEATHER, N. (2009). THE EFFECTIVENESS OF BRIEF ALCOHOL INTERVENTIONS IN PRIMARY CARE SETTINGS: A SYSTEMATIC REVIEW

Eléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre précise les concepts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité • Interventions brèves • Soins de bases • Revue systématique <p>La population à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de données
Résumé	<p><i>Problème :</i> De nombreuses études ont rapporté que des interventions brèves (IB) réalisées dans les soins de bases pouvaient réduire la consommation d'alcool. Cependant, ces interventions sont vivement critiquées à être cliniquement non représentatives. Cette revue vise à évaluer l'efficacité des IB dans les soins de bases.</p> <p><i>Méthode :</i> Une recherche de littérature a été effectuée sur différentes bases de données pour trouver des littératures d'avant 2006. Cette revue inclue des études randomisées contrôlées (ERC) sur des patients dans un contexte de soins de bases ne cherchant pas un traitement sur la consommation d'alcool et qui ont reçus des IB.</p> <p><i>Résultats :</i> La première méta-analyse inclue 22 ERC et évalue les résultats auprès de plus de 5800 patients. A l'évaluation après 1 an montre des effets significatifs sur la consommation d'alcool pour le groupe ayant reçu des IB en comparaison du groupe contrôle. Cependant les résultats semblent différer selon les sous-groupes.</p> <p><i>Discussion :</i> Les IB peuvent baisser la consommation d'alcool chez l'homme avec un bénéfice un an après l'intervention, cela n'est pourtant pas validé pour</p>

	<p>les femmes du fait qu'il n'y a pas de données de recherche suffisante.</p> <p>De plus il ne semble pas que les résultats varient selon la durée de la conduite de l'IB.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'impact résultant de l'alcool sur la santé et la communauté est difficile à estimer, car elle engendre une augmentation de la violence, accidents et suicides, mais de manière globale, 4% des décès sont associés à l'alcool.</p> <p>Ces effets de l'alcool, engendrant des coûts élevés à la société ont menés à la mise en place de programmes nationaux et internationaux visant à diminuer la consommation d'alcool.</p> <p>Le besoin impératif de mesures préventives est renforcé par les données épidémiologiques qui évoquent que d'un point de vue population ce ne sont pas les alcooliques qui sont les plus problématiques au niveau sociétal, mais les consommateurs à risque qui est une population plus grande et plus délétère au niveau sociétal.</p>
Cadre de recherche	<p>Les auteurs de cette revue identifient les domaines de soins de bases comme les domaines de soins généraux, la chirurgie et les urgences. Statistiquement 20% des patients qui se présentent dans ces unités sont potentiellement des consommateurs à risque.</p> <p>Alors que les statistiques grimpent à 30-70% des patients aux urgences.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les buts de cette recherche sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ D'évaluer les effets des IB comparées à des interventions de contrôle. ○ Le type de consommateur qui tire le plus de bénéfices des IB ○ L'impact d'interventions longues comparées avec les interventions brèves.
METHODE	
Population et échantillon	<p>Des personnes adultes présentant une consommation à risque d'alcool.</p> <p>Les personnes avec un diagnostic d'alcoolodépendance sont exclues de l'étude.</p>
Considérations éthiques	Pas de données sur les considérations éthiques.

Devis de recherche	Il s'agit d'une revue systématique. Ce qui est pertinent car les auteurs cherchent à étudier l'efficacité d'une thérapie, pour ce faire ils se sont appuyé sur 29 essais cliniques menées sur un modèle randomisé contrôlé.
Conduite de la recherche	Une recherche à l'aide de mots-clés (pas précisés) a été réalisée sur différente base de données incluant des publications jusqu'à 2006.
Analyse des données	<p><i>Temps d'exposition au traitement :</i> L'exposition au traitement est calculée par l'addition de la durée des interventions.</p> <p><i>Méthode statistique :</i> Premièrement la quantité d'alcool consommée par semaine est analysée en gramme par semaine. Deuxièmement c'est la fréquence et l'intensité de la consommation qui est analysée.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>La stratégie de recherche a permis aux auteurs d'identifier 1060 articles parmi lesquels ils ont retenu 29 essais cliniques. 28 de ses études comparent les interventions brèves avec une intervention contrôle, il n'est pas précisé la ou les quelle(s).</p> <p><i>Environnement d'intervention :</i> La plupart des interventions brèves ont été administrées dans des services de soins de bases auprès d'une population cible et 5 dans des contextes de soins d'urgences.</p> <p><i>Critères d'inclusions et d'exclusions :</i> Inclusion des personnes qui présentent des éléments de « <i>binge drinking</i> » (« beuveries ») et répondent aux critères de consommateurs à risque de par la quantité d'alcool consommée par semaine. Ces éléments étaient mis en évidence à l'aide de divers questionnaires. Les 2 seuls critères d'exclusions sont l'alcoolodépendance diagnostiquée et la participation à un traitement déjà en cours pour l'alcoolisme.</p>



	<p><i>Conditions de contrôle :</i> Selon l'étude soit un entretien fixé, soit un document à retourner après un temps donné ou l'attribution d'un référent de soins pour faire le point après un temps donné.</p> <p><i>Interventions brèves :</i> Des interventions structurées conduites soit sous la forme d'entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale et d'éducation thérapeutique. La majorité des études ne rapportent qu'une seule session d'intervention allant jusqu'à 5 interventions. Le temps total moyen des interventions étant compris entre 5 à 60 minutes.</p> <p><i>Interventions longues :</i> 5 études expriment avoir eu recours à des interventions plus longues. C'est-à-dire que le nombre de session d'IB étaient entre 2-7 fois pour une durée totale entre 65-105min</p> <p><i>Consommation de base :</i> 8 études ne relatent pas de consommation avant intervention des sujets participants, mais la moyenne pour les 21 autres études est de 313 gr d'alcool par semaine. 3 études relatent également la fréquence de « <i>binge drinking</i> » et la valeur moyenne est de 0.9 fois par semaine.</p> <p><i>Impact des IB sur la consommation hebdomadaire :</i> La moyenne d'âge des participants est de 43ans et 67% sont des hommes. De plus les études rapportent que 71% sont d'ethnicité blanche. 18 études ont réalisé des contrôles à 1ans après la participation alors que les autres utilisaient un modèle de contrôle à 3, 6, 18 mois et 3ans. Malgré la différence dans la fréquence de contrôle après IB les résultats sur la consommation hebdomadaire ne montrent pas de différences statistiques significatives soit une moyenne de -38gr d'alcool par semaine.</p>
--	--

	<p><i>Différence entre les genres :</i> Dans les quelques essais qui ont rapporté des données hommes femmes suffisante pour exprimer des résultats. Il semblerait que l'IB montre une plus grande efficacité pour les hommes (-57gr d'alcool par semaine) que les femmes (-48gr d'alcool par semaine) Cette différence n'est pas expliquée.</p> <p><i>Résultats secondaires :</i> 4 essais rapportent une diminution de la fréquence de « <i>binge drinking</i> » en comparaison avec le groupe de contrôle. Flemming et al., rapporte un bénéfice économique pour la mise en place de l'IB.</p> <p><i>Intervention longue :</i> Il n'y a pas de différence significative sur le changement d'habitude de consommation selon la durée des interventions.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les IB semblent selon 22 études comprenant 5856 patients en comparaison de groupe de contrôle qu'elle diminue d'en moyenne la consommation hebdomadaire de 38gr d'alcool soit 4-5 unités.</p> <p>La consommation hebdomadaire c'est montrée la mesure la plus fréquente dans l'expression des résultats. Les résultats sont à la observable sur la baisse de la quantité d'alcool consommé, mais également sur la fréquence de « <i>binge drinking</i> ».</p> <p>De manière générale 70% des participants aux études étaient des hommes, de ce fait les données concernant les résultats des IB pour les femmes ne sont pas suffisante pour en tirer des conclusions probantes.</p> <p>Concernant la durée des IB, il semblerait que les essais qui ont pratiqué des interventions plus longues que la moyenne n'ont pas obtenu de meilleurs résultats. De ce fait il est probable que le contenu et la manière dont l'IB est conduite à plus d'impact que la durée totale de l'intervention.</p> <p>La force de cette revue est l'hétérogénéité des conditions des essais cliniques, soit les</p>

	<p>environnements, la population, les outils de mesures et la conduite des interventions brèves. Du coter des faiblesses, la plus importante réside dans le faible taux de participation aux mesures de contrôles après intervention, seulement 73% et 3% de participation de moins dans les groupes de contrôle.</p>
Conséquences et recommandations	<p>La randomisation des participants et les résultats observés dans une homogénéité d'interventions, permet de conclure que la baisse de la quantité de d'alcool consommé de 35g par semaine en moyenne sur l'ensemble des participants. Les auteurs déduisent donc que l'IB a une efficacité prouvée pour un grand éventail de population. Cependant, il y a un besoin de plus de recherche spécifique au sous-groupe observé lors de cette étude, soit les femmes et les jeunes adultes, car les données récoltées dans les 29 essais cliniques de cette revue de rassemble pas assez de personnes de ces sous-groupes pour affirmer des résultats spécifiques à ceux-ci.</p>

EMMEN, M. J., SCHIPPERS, G. M., WOLLERSHEIM, H., & BLEIJENBERG, G. (2005). ADDING PSYCHOLOGIST'S INTERVENTION TO PHYSICIANS' ADVICE TO PROBLEM DRINKERS IN THE OUTPATIENT CLINIC

Eléments d'évaluations	
Titre	Ajouter l'intervention de psychologues dans les conseils de médecins en ambulatoire pour des problèmes de consommation d'alcool. Les concepts sont les suivants : alcool, interventions, ambulatoire
Résumé	<p>Etude randomisée contrôlée</p> <p>Le résumé comprend : Les objectifs de l'étude : Examiner l'efficacité d'une brève intervention psychologique pour un problème d'alcool chez les patients.</p> <p>La méthode (étude randomisée contrôlée) : Pendant 3 ans les médecins ont interviewé des patients venant en consultations externes pour un problème d'alcool. Dans les 4728 sujets questionnés, 284 (6%) ont montré un problème d'alcool mais 123 ont participé à l'étude. Tous les sujets ont été aléatoirement assignés à une brève intervention psychosociale donnée par un psychologue. Le premier groupe (n=61) suivait la thérapie basé sur W.R. Millers « contrôle du buveur » et le second groupe les soins dit « habituels » sans intervention particulière (n=62). Ceci sur une durée de 6 mois.</p> <p>Le but étant d'évaluer la consommation d'alcool et l'augmentation de la motivation à réduire cette consommation.</p> <p>Les résultats ont montrés que la plupart des sujets ont réduit leur consommation d'alcool au fil du temps mais il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes, si ce n'est une légère hausse de la motivation pour les sujets ayant bénéficiés d'une intervention.</p> <p>Conclusion : il n'y pas eu de preuve concluante prouvant l'efficacité d'ajouter une brève intervention psychologique par le médecin dit conseil pour un problème d'alcool chez les patients</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>D'après Cornel et al. (1990), les problèmes médicaux, psychologiques et sociaux sont liés à une utilisation fréquente d'alcool. Il n'est pas toujours évident de détecter un problème d'alcool et de le traiter.</p> <p>Les interventions psychosociales en milieu hospitalier ont été le sujet de plusieurs études (cités ci-dessous). Des effets positifs ont été rapportés sur l'augmentation de la motivation pour diminuer la consommation d'alcool.</p> <p>Suite à une forte présence du problème d'alcool chez les patients en milieu hospitalier, et au peu d'études méthodologiques solides réalisées sur l'effet positif des interventions brèves visant l'augmentation de la motivation ; c'est pour cela que cette étude randomisée contrôlée a été effectuée.</p> <p>L'hypothèse de l'étude est la suivante : cette intervention vise à réduire la consommation d'alcool en augmentant la motivation à ce changement.</p>
Recension des écrits	<p>Les interventions psychosociales en milieu hospitalier ont été le sujet de plusieurs études. En effet, dans une revue systématique de Emmen et al. (2004), a permis de mettre en évidence une diminution significative de la consommation d'alcool. Mais cette étude était basée sur des interventions intensives et de courtes durées de suivis. Une seconde étude a montré également des effets significatifs sur la diminution de la consommation. La problématique ressortie par Heather et al. (2006), est que la majorité des patients ayant des problèmes d'alcool identifiés en milieu hospitalier ne sont pas prêts à changer leur comportement. D'après Noonan et Moyers (1997), une brève intervention viserait à accroître la prise de conscience liée à l'alcool et ses problèmes, en améliorant la motivation.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts ressortis sont : intervention brève dans le but d'augmenter la motivation chez des patients alcooliques.</p>

Buts et question de recherche	<p>Cette étude randomisée contrôlée a été effectuée, suite à une forte présence du problème d'alcool chez les patients en milieu hospitalier et au peu d'études méthodologiques solides réalisées sur l'effet positif des interventions brèves visant l'augmentation de la motivation.</p> <p>L'hypothèse de l'étude est la suivante : cette intervention vise à réduire la consommation d'alcool en augmentant la motivation à ce changement.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Cette recherche est une étude randomisée contrôlée</p> <p>Pendant 3 ans (avril 2000 à mars 2003), tous les nouveaux patients en consultation ambulatoire dans une clinique de médecine générale à Nijmegen, ont été questionnés par un médecin et ont dû répondre à 3 questions. Elles font parties du questionnaire de Rash (échelle homogène) qui permet d'évaluer la sévérité du problème d'alcool. Les 3 questions sont les suivantes : 1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de réduire votre consommation d'alcool) 2) Buvez-vous jamais pour oublier vos soucis ? 3) Vos proches ne s'inquiètent-ils jamais ou ne plaignent de votre consommation ?</p> <p>Si une des réponses est positive, le sujet est considéré comme buveur problématique.</p> <p>Des patients ont également été inclus dans l'étude si les médecins soupçonnent des problèmes de consommation d'alcool sur la base des signes de la consommation excessive d'alcool comme : haleine d'alcool, problèmes somatiques indiquant l'abus d'alcool, perturbation des fonctions du foie ou mention d'alcool excessif par le médecin traitant.</p> <p>Les critères d'exclusions de l'étude : maladie aigue terminale, problème neuropsychologique, troubles psychiatriques, ne parle pas ou ne comprend pas le Néerlandais, incapable de lire et plus jeune que 17 ans. Les patients positifs ou suspectant un problème d'alcool, ont eu l'accord de leur médecin pour participer à une évaluation</p>

	<p>du mode de vie. Cette évaluation consistait à compléter un questionnaire d'une vingtaine de minutes et collecter un échantillon de sang pour analyse. Le questionnaire comportait des questions démographiques, tabagisme, exercice, alimentation et consommation alcool. (Certaines questions dans le but de masquer celles liées à l'alcool).</p> <p>Pour la mesure de consommation d'alcool, ils se sont basés sur la deuxième version de AUDIT, questions sur la consommation d'alcool et plus précisément la quantité d'alcool, réalisé par Babor et al. 1989 ; Bradley et al. 1998 ; Bush et al. 1998. Comme la plupart des patients buvaient occasionnellement, une question a été modifiée afin de pouvoir répondre non à : <i>Nombre de verre moyen par jour ?</i> Tout un déroulement de calculs sur la quantité de verres a été fait pour pouvoir comptabiliser le nombre d'unité par semaine.</p> <p>Les tests sanguins réalisés révèlent également la consommation d'alcool. (sérum transferrine déficiente en glucide) (Stibler, 1991).</p> <p>Le questionnaire de mode de vie et le test sanguin ont été la base de la mesure de la consommation d'alcool. Trois semaines plus tard, le jour de la consultation suivante avec les chercheurs, ils complétaient l'évaluation à l'aide d'un questionnaire informatique durant un entretien face à face. Ceci dans le but de voir si les patients étaient prêts à modifier leur comportement vis-à-vis de l'alcool et de les attribuer à l'une des étapes du modèle transthéorique du changement élaboré par Prochaska et DiClemente (1986).</p> <p>Après ces évaluations de bases, tous les patients ont été affectés soit à une brève intervention de motivation ou à un groupe « témoin » de la routine des soins hospitaliers pour effectuer une recherche randomisée contrôlée.</p>
Considérations éthiques	Le consentement de tous les patients a été obtenu pour des questions éthiques.
Devis de recherche	6 mois après l'évaluation de base, un suivi « non aveugle » a été réalisé par les chercheurs.

L'évaluation incluait des questions sur la consommation d'alcool, et a été réalisée par les sujets individuellement. Après cette évaluation et sans connaître les résultats, un WHO (Composite International Diagnostic Interview pour le DSM-IV) a été réalisé pour diagnostiquer l'abus ou la dépendance de l'alcool. Une seconde prise de sang a été faite.

En partant d'une liste de diagnostic médicaux étant relatif à l'alcool, 2 évaluateurs ont analysé les données médicales des patients et les ont catégorisés dans 4 catégories : certainement relatif à l'alcool, probablement relatif à l'alcool, éventuellement relatif à l'alcool et non alcoolique. S'il y avait un désaccord, un consensus a été trouvé.

Comme c'est une étude randomisée contrôlée, tous les sujets ont été assignés à un groupe : le premier : recevaient une brève intervention de motivation et le second groupe, appelé témoin, suivaient les soins hospitaliers dit «de routine ». Les patients du groupe contrôle, suivaient les soins habituels qui comprenait un entretien avec le médecin et de temps en temps une référence à l'alcool et à son utilisation.

Les patients du groupe avec une brève intervention psychologique ont reçu leur première intervention basée sur la motivation et sur le contrôle de leur consommation. (the Dutch Motivational Drinker's Check-Up dit DVA réalisé par Schippers et al., 1994a,b ; Emmen et al., 2004b). C'est un protocole d'interventions motivationnelles bref de 90 minutes ainsi qu'un entretien de feed-back de 60 minutes avec un psychologue formé.

Dans cette évaluation, la consommation et les problèmes liés à l'alcool sont répertoriés dans un questionnaire. La seconde session a eu lieu une ou deux semaines plus tard, et consistait en un retour et une conclusion. L'entretien motivationnel utilisé dans le feed-back est centré sur le client et a pour objectif de susciter un changement de comportement en aidant le client

	<p>à explorer et à résoudre son ambivalence (Miller et Rollnick, 1991, 2002). Ceci en appliquant des stratégies spécifiques au stade selon les étapes du changement du modèle. Après la seconde session, une lettre personnelle est envoyée au client résumant les résultats et les conclusions.</p>
Modes de collectes de données	<p>La principale mesure des résultats était le changement dans la consommation d'alcool. Cette consommation est enregistrée sous forme d'unité/jour (1U=10g d'éthanol). Une variation de la valeur de l'indicateur biologique du laboratoire en lien avec la consommation d'alcool a été analysée afin de fournir d'autres preuves sur le changement de la consommation. Une autre mesure était : le changement dans la volonté de changer ses habitudes de consommation. Au départ, pour les patients qui se situaient au-dessus des limites de santé >3U/jour pour les hommes et >2U/jour pour les femmes, une amélioration clinique a été définie en dessous la norme qui signifierait une amélioration.</p>
Conduite de la recherche	<p>7 psychologues ont été formé au DVA et ayant de l'expérience dans le domaine.</p>
Analyse des données	<p>Les données statistiques ont été analysées à l'aide de SPSS. Les résultats ont été analysés sur la base de l'intention de traiter en supposant que le patient qui n'a pas assisté au suivi de l'évaluation n'a pas changé dans les mesures de résultats.</p> <p>Les variables de bases ont été analysées afin de décrire les différents groupes et les différences significatives entre les groupes. Le test d'homogénéité a été appliqué aux variables ou un test de Fisher a été utiliser pour les petites tailles d'échantillonnage.</p> <p>Les variables continues ont été analysées par un t-test. Les transformations logarithmiques ont été réalisées pour normaliser les données biaisées. Les chercheurs ont évalué les changements de consommation d'alcool jusqu'à 6 mois.</p> <p>Les groupes d'études et les évaluations occasionnelles ont été utilisés comme variables indépendantes et la consommation d'alcool</p>

	<p>comme ligne de base utilisée comme co-variable. Les changements dans les étapes de la motivation pour les deux groupes ont été examinés avec χ^2 test de l'homogénéité. Pour les patients qui ont bu au-delà des limites bases, ils ont utilisé la <i>régression logistique</i> pour examiner l'effet indépendant du résultat de la variable de la consommation dans les limites de santé, pour le suivi après le contrôle de la consommation de base.</p> <p>Pour ces analyses les caractéristiques suivantes ont été prise en considération : lien alcool, et diagnostic, sexe, étape de changement et quantité de consommation d'alcool, (homme >6 U/jour et >5 U/jour pour les femmes). Une valeur de $P < 0.05$ a été considéré comme significative.</p> <p>Les résultats de laboratoire sur la consommation d'alcool ont été également été analysés.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Le nombre de patients par médecin dépisté positifs variait de 3 à 31. Au total 4728 patients ont été présentés dont 284 (6%) avec le critère de problème de consommation. De ceux-ci 107(38%) ont refusé de participer à l'évaluation du mode de vie. Ces patients n'ont pas de différence d'âge (49.9 ans), et de consommation (3.4U/jour).</p> <p>Plus de femme ont refusé de participer (refusé vs participants ; 55% de femmes vs 70.6% d'hommes, $\chi^2 = 7.00$, $df=1$, $P=0.008$). Dans les 177 (62%) patients qui ont participé à l'évaluation du mode de vie, 45 (25%) patients ont refusé de participer et 9 (5%) à l'évaluation de base.</p> <p>Les patients n'ayant pas participé avait une moyenne de consommation à 3.3 U/jour. Dans les 123 patients randomisés : 62 ont été assignés à un groupe contrôle et 61 au DVA groupe (Protocol intervention motivationnel). Le groupe d'intervention et le groupe contrôle correspondait bien et était bien distribué en terme d'âge, de sexe et de moyenne de consommation d'alcool. Relativement beaucoup de patients avaient des</p>

	<p>contacts avec des professionnels pour des problèmes psychosociaux ; 21% ont consulté un psychologue dans les 6 derniers mois et 24% utilisaient des tranquillisants. Seulement deux patients (1%) ont bénéficié un traitement pour la consommation d'alcool.</p> <p>Soins habituel : l'analyse du dossier médical et les réponses aux questionnaires de suivis ont révélé que 50% ont reçu les conseils du médecin. Les médecins ont donné des conseils au sujet de l'alcool à 96% des patients avec un diagnostic d'addiction à l'alcool, 74% des patients avec un diagnostic médical étant probablement lié à l'alcool, 35% des patients avec un diagnostic médical possible en lien avec l'alcool et 19% des patients avec un diagnostic médical n'étant pas lié à l'utilisation d'alcool. Il n'y a pas de différence dans le nombre d'intervention du médecin dans le groupe d'interventions et le groupe contrôle. (intervention vs contrôle ; 42.6% vs 56.5 %, $\chi^2 = 2.35$, $df=1$, $P=0.13$)</p> <p>Suivi et évaluation :</p> <p>Des entretiens de suivis ont été conduits pour 53 patients (86.9%) pour le groupe d'intervention et 59 patients (95.2%) dans le groupe contrôle. Le temps moyen de suivi était de 28 semaines. 11 patients (8 du groupe DVA et 3 du groupe contrôle) ont arrêté le suivis pour cause de refus (n=10) ou car était malade (n=1).</p> <p>Effets de la DVA : (présenter sous forme de tableau dans l'article)</p> <p>En général les patients ont réduit leur consommation d'alcool au fil du temps (de 3.9U/jour à 3.11 U/jour ; $F=15.43$, $df=1$, $P < 0.001$ ou égal à 0.001). Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes en matière de réduction de la consommation d'alcool. En accord avec les résultats de la consommation d'alcool, les mesures du taux de CDT n'ont pas montré de différence entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. La vérification sur la consommation d'alcool par les valeurs de CDT, a</p>
--	---

	<p>révélé que 5.2% des patients suivis avait des valeurs plus élevés que attendu.</p> <p>Environ 32% des patients alcooliques buvant au-dessus des limites de santé, ont durant le suivi, augmenter à un stade supérieur leur motivation. Bien qu'il ait eu une modification de la motivation dans le groupe d'intervention, l'a différence n'a pas atteint une différence significative. (intervention vs group contrôle ; 39.3% vs 25.0%, $\chi^2 = 2.85$, $df=1$, $P=0.091$).</p> <p>Parmi les patients buvant au-dessus des limites de santé de départ, il y a une tendance non-significative pour plus de consommation dans le groupe de contrôle pour réduire à la limite de sécurité que dans le groupe d'intervention. Il y avait une réduction plus importante de la consommation d'alcool chez les patients ayant un diagnostic médical de probablement ou certainement de dépendance à l'alcool.</p> <p>En analysant les données selon le sexe et le stade de changement, il n'y a pas eu d'interactions trouvées entre le groupe d'intervention et de contrôle.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>L'étude n'a pas réussi à trouver des preuves sur l'efficacité de l'ajout d'une brève motivation psychologique pour diminuer la consommation d'alcool. Dans l'ensemble, les patients ont réduit leur consommation d'alcool sensiblement dans les 6 mois depuis l'entrée en clinique. Cette réduction pourrait s'expliquer en premier lieu grâce au dépistage par le médecin spécialiste et l'évaluation approfondie du comportement face à la consommation dans le cadre de la procédure d'inclusion. Ceci a pu faire un effet déclencheur pour un changement. Surtout chez les patients présentant une détresse face à leur santé et qui associe cela à une utilisation excessive d'alcool. Le patient confronter au milieu médical et à l'entretien avec le médecin spécialiste pourrait avoir créé un moment d'enseignement.</p> <p>L'étude a mis l'accent sur le renforcement de la motivation par la perception des conséquences et sur son utilisation excessive.</p>

Au moins la moitié de patients ont reçu les conseils d'un médecin sur le problème d'alcool pouvant être considéré comme une brève intervention. L'étude semble démontrer qu'un minimum de brève intervention par un médecin est aussi bien qu'une brève intervention par un psychologue. Ces résultats sont en ligne avec la grande étude large de WHO (Babor and Grant, 1992) qui ont conclu que 5 minutes de conseils étaient aussi efficaces que 20 minutes de brève consultation/conseil.

Une importante différence est que dans ces études, le dépistage et l'intervention est produite en même temps. Dans cette étude, le dépistage et les procédures d'interventions ont été séparé dans le temps. Cela a mené à un taux de refus plus élevés ce qui peut avoir entraîné le recrutement de patients ayant déjà une motivation à modifier leur comportement de consommation d'alcool. En effet, 47 des 123 patients étaient déjà au stade de l'action au début. Les patients ont donc moins besoin de motivation et donc la représentation de son effet est plus difficile.

L'échantillon de l'étude diffère de ceux de la plupart des études de brèves interventions dans le milieu hospitalier et les soins de santé primaires, car les patients sont inclus sur la base de questions de type MAST (Selzer, 1971) et non pas sur le niveau de consommation.

Néanmoins, ils remettent en question l'efficacité de la DVA pour les problèmes de consommation d'alcool identifié dans le milieu hospitalier. Il n'y a aucune concordance avec les résultats de de Forsberg et al. (2000).

Cette étude a testé l'efficacité du DVA dans des conditions réelles, où le rôle actif du médecin n'a pas été contrôlé. A l'exception de la présentation de l'inclusion et de l'exclusion mais la façon de dépister et les soins habituels ont été laissé au médecin. La plupart des études qui ont trouvé des effets pour des interventions brèves pour l'alcool, ont utilisé un recrutement spécial et des procédures de sélections (Wallace et al., 1988;

	<p>Anderson and Scott, 1992; Ockene et al., 1999) et ont comparé sans traitement.</p> <p>Les chercheurs ont trouvé une plus grande, bien que non significative, proportion de patients dans le groupe d'intervention qui ont augmenté leur motivation au changement. Les patients ayant reçu le DVA pourrait avoir influencé la motivation des patients ainsi qu'une diminution de la consommation dans les limites de santé.</p> <p>Points forts et limites de l'étude : Le problème d'alcoolisme est une situation réelle. Cependant une faiblesse de l'étude est que le dépistage a été laissé au médecin. Bien qu'un instrument de mesure ait été utilisé, seulement 6% des personnes dépistées a marqué un score classé « possible problème de consommation », tandis que 11% étaient à prévoir.</p> <p>Les médecins étaient particulièrement réticents à mettre des questions de sélections à des consommateurs excessifs souffrants de maladies graves liées à l'alcool. Peut-être, pour ces consommateurs, de brèves interventions pourraient les aider plus.</p> <p>Les chercheurs ne peuvent pas exclurent la possibilité que certains sujets avaient déjà reçu une brève intervention par leur médecin généraliste. Car ils étaient à la recherche d'un effet de la DVA au-delà de l'effet des conseils de médecins. Une étude conçue pour détecter les petits effets auraient dû être utilisés.</p> <p>En appliquant un questionnaire de dépistage pour mesurer le problème d'alcool (pas de consommation), 41 patients (33%) inclus buvaient en dessous des limites de santé et ont eu des plaintes de fatigue chronique. Il est possible que ces patients aient interprété les questions sur l'alcool afin de voir si leur fatigue provenait de leur consommation d'alcool. Les patients buvant en-dessus des limites de santé font un effet « plancher » probable, ce qui est plus difficile de montrer l'effet de l'intervention. Cependant, le manque de résultats ne peut pas être attribué à cela.</p>
--	---

Conséquences et recommandations	Implication dans la pratique et suggestion futures : Les résultats de l'étude ne soutiennent pas la réalisation de brèves interventions de motivation effectuées par un psychologue, sur des patients déjà vu par un médecin. Cependant, la mise en œuvre de brèves interventions y compris le dépistage par les médecins, devrait être encouragée.
---------------------------------	--

FERRI, M., AMATO, L., DAVOLI, M., FERRI, M., AMATO, L., & DAVOLI, M.
(2009). ALCOHOLICS ANONYMOUS AND OTHER 12-STEP PROGRAMMES FOR
ALCOHOL DEPENDENCE (REVIEW)

Éléments d'évaluations	
Titre	<p><u>Revue systématique répertoriant des études randomisées contrôlées</u></p> <p>Le titre signifie : alcoolique anonyme et les autres approches en 12 étapes pour les dépendances à l'alcool</p>
Résumé	<p><u>Le contexte</u> : Les Alcooliques Anonymes (AA) est une organisation internationale pour alcoolique en rétablissement offrant un soutien émotionnel à travers l'aide de groupe et à travers à un modèle d'abstinence en 12 étapes. Il existe d'autres approches en 12 étapes appelé : <i>Twelve Step Facilitation (TSF)</i></p> <p><u>Objectifs</u> : Evaluer l'efficacité des programmes des AA et des TSF par rapport à d'autres interventions psychosociales dans la réduction de la consommation d'alcool, la phase d'abstinence dans la réalisation et le maintien, l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées et leur famille, ainsi que la réduction d'alcool associé à des accidents ou des problèmes de santé.</p> <p><u>Méthode de recherche</u> : Recherche sur un registre spéciale de Cochrane « <i>Trials of the Cochrane Group on Drugs and Alcohol, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)</i> ». Ils ont également inspecté des listes de références pour des études pertinentes.</p> <p><u>Les critères de sélection était</u> : portant sur des adultes (>18ans) avec une dépendance à l'alcool et volontaires ou contraint à assister à un des programmes : TSF ou AA ; comparant pas de traitement ou avec d'autres interventions psychologique, 12 étapes variant.</p> <p><u>Collecte d'analyse</u> : un examinateur évalue les données des résultats pour l'inclusion ou l'exclusion dans l'étude. Les études ont été évaluées avec une qualité méthodologique et discutée par les auteurs.</p> <p><u>Résultats</u> : 8 essais portant sur 3417 patients inclus. Les AA aident les patients à accepter le</p>

	<p>traitement et de les maintenir en traitement mieux que les autres traitements alternatifs. Cette preuve est effectuée par une petite étude et donc ne peut pas être concluante. Trois études ont comparés les AA avec d'autres interventions contre d'autres traitements, cela a permis de montrer quelques différences sur la quantité et le pourcentage de la consommation d'alcool. La gravité de la dépendance et les conséquences de la consommation d'alcool ne semble pas être influencé par TSF <i>versus</i> la comparaison d'autres interventions de traitement. Aucune différences significatives n'ont été démontrées.</p> <p><u>Conclusion des auteurs</u> : Aucune d'expériences expérimentales ont démontré l'efficacité des approches AA ou des TSF pour réduire les problèmes ou la dépendance à l'alcool.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Principes des AA : C'est un groupe d'entraide, organisé par une organisation internationale des alcooliques en rétablissement, qui offre un soutien émotionnel qui suit un modèle d'abstinence pour les personnes qui se remettent d'une dépendance à l'alcool en utilisant une approche en 12 étapes. Il y a également d'autres interventions utilisant les 12 étapes, basé sur l'entraide et certaines fois dirigées par des professionnels. Les AA et d'autres approches en 12 étapes, son généralement basé sur l'hypothèse que la dépendance de substances est une maladie médicale et spirituelle. Les études expérimentales disponibles ne démontrent pas l'efficacité des AA ou d'autres approches pour réduire la consommation par rapport à d'autres traitements. Mais ces études comportaient de nombreuses hypothèses.</p> <p>L'étude présente le contexte : La consommation d'alcool est en hausse dans de nombreux pays en développement et en Europe de l'Est et du Centre. L'abus d'alcool contribue de manière significative à la morbidité dans le monde et dans certaines régions comme l'Europe centrale, l'alcool a été lié à une baisse de l'espérance de vie</p>

des hommes.

La dépendance à l'alcool (également appelé alcoolisme) est une condition impliquant 4 symptômes (NIAA, 2003) :

- Désir (fort besoin de boire)
- Comportement incontrôlé (après le premier verre, il est impossible de s'arrêter)
- Dépendance physique (si l'on ne boit pas assez des symptômes de sevrage apparaissent comme des nausées, des sueurs, des tremblements et de l'anxiété)
- La tolérance (nécessité d'augmenter la quantité de consommation d'alcool pour se satisfaire)

La dépendance aux substances est définie (DSMIV 1994) comme étant un groupe de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que la personne continue la substance malgré d'importants problèmes liés à cette substance. La dépendance à l'alcool est caractérisée par une tolérance et des symptômes de sevrage. La tolérance est une réduction progressive de la sensibilité aux effets de la substance résultante de son administration continue. La personne doit augmenter sa consommation pour obtenir le même effet. Cette tolérance peut être mesurée objectivement, par exemple lorsqu'une personne avec le niveau d'alcool élevé peut toujours effectuer des tâches et marcher sur une ligne droite.

Il n'y a pas de cause unique et connue de dépendance à l'alcool et plusieurs facteurs peuvent jouer un rôle dans son développement : facteurs génétiques et familiaux, psychologiques (anxiété élevé), en cours de dépression, les conflits non résolus au sein d'une relation ou faible facteur de l'estime de soi, et facteurs sociaux, pression des pairs et mode de vie exigeant. Le stress et les problèmes émotionnels peuvent également jouer un rôle dans le développement de l'abus d'alcool. (NIAA, 2000). La rémission est spontanée dans environ 20% des personnes dépendantes à l'alcool. Le sexe ou l'âge n'est pas un pronostic. Les facteurs

	<p>pronostiques dits « positifs » sont : le bon fonctionnement social comme l'emploi, les relations de familles, absence de problèmes juridiques et bon état de santé. L'abstinence d'au moins 1 mois, augmente la probabilité de rester abstinents pendant 1 an selon Hales (1999). Les conséquences sanitaires, sociales et économiques suite à l'abus d'alcool sont dévastatrices. Certaines personnes sont sobres à long terme grâce à un traitement mais d'autres continuent à rechuter et se détériore malgré de multiple traitements. La dépendance à l'alcool contribue aux accidents, aux comportements violents, au suicide, la perte de travail. La mortalité et la morbidité sont augmentées chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool.</p>
Recension des écrits	<p>L'article énumère des méta-analyses et des études randomisées contrôlées utilisées et ayant effectué des recherches sur les AA. Mais certaines de ces études ont été affaiblies par l'homogénéité des patients et par les interventions mises en communs. Une certaine étude de Emrick (1989), a conclu l'efficacité des AA par rapports à d'autres traitements pour l'alcoolisme, mais il n'était pas assez précis et devrait être encore démontré.</p>
Cadre de recherche	<p>La participation aux groupes d'entraide est souvent proposée aux personnes diagnostiquées dépendantes à l'alcool. Elle peut être un complément à un traitement professionnel sur une longue durée. Les AA offre un groupe d'entraide pour un soutien affectif en suivant un modèle d'abstinence pour les personnes dépendantes à l'alcool. Leur approche est basée sur 12 étapes en émettant l'hypothèse que la dépendance aux substances est une maladie spirituelle et médicale. (Nowinski, 1992). L'approche en 12 étapes consiste en une brève structure, axée sur la facilitation de la récupération d'alcool et est destiné à la mise en œuvre de 12 à 15 séances. En plus des AA, ils comportent également d'autres alternatives, des interventions fondées sur l'approche en 12 étapes : certaines comprennent une approche spirituelle et d'autres pas, certains sont dirigés par un professionnel et d'autres dirigés par</p>

	<p>d'ancien alcoolique.</p> <p>Les AA sont les plus connus mais ce n'est pas la seule intervention en 12 étapes. Dans cette étude, toutes les approches en 12 étapes ont été considérées. Une étude puissante récemment conduite au sujet des TSF.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>L'objectif de l'étude : Evaluer l'efficacité des AA et d'autres approches en 12 étapes (TSF) dans la réduction de la consommation d'alcool, réalisation de l'abstinence, maintien de l'abstinence, l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes ainsi que de leur famille, la réduction d'alcool est associé aux accidents et aux problèmes de santé.</p> <p>Les interventions suivantes seront comparées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme en 12 étapes <i>versus</i> pas d'intervention • Programme en 12 étapes <i>versus</i> autres interventions comme (thérapie motivationnel, cognitivo-comportementale, thérapie de la prévention des rechutes) • Programme en 12 étapes <i>versus</i> programme en 12 étapes variantes (spirituelle, non-spirituelle, mené par un professionnel)
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Revue systématique basée répertorient des études randomisées contrôlées.</p> <p>Cette étude compare les AA et autres programmes TSF avec d'autres traitements psychologique et voire pas de traitement.</p> <p>L'observation de l'étude avec le groupe contrôle est examiné et analysé séparément.</p> <p>La population : les adultes >18 ans ayant une dépendance à l'alcool participant aux AA ou aux TSF, les études sur les patients contraints de participer seront inclus et les résultats seront considérés séparément de ceux des études sur la participation volontaire.</p> <p>Types d'interventions : Les AA ou TSF encouragent la réduction d'alcool, abstinence, et la réduction de problèmes sociaux lié à la consommation d'alcool.</p>

	<p>Interventions de contrôle :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pas de traitement 2. Autres interventions psychologiques, thérapies de renforcement motivationnels basé sur les principes de la cognition et de la psychologie sociale. Cette thérapie cherche à évoquer la motivation des clients pour changer l'usage nocif de stupéfiants/médicaments. Chaque client est aidé par un conseiller à fixer ses propres objectifs (Miller, 1996). La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), a pour objectif de favoriser l'abstinence de substances par l'identification des situations à risques élevées de consommer, en mettant en place des stratégies d'adaptations efficaces (Marlatt, 1995). La thérapie de prévention des rechutes : est une approche cognitivo-comportementale pour le traitement des comportements addictifs qui traite spécifiquement la nature du processus de rechute et suggère des stratégies d'adaptation utile dans le maintien du changement. 3. Variante de programmes en 12 étapes : spirituelle, no-spirituelle, conduit par un professionnel. <p>Types de mesures de résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gravité de la dépendance et est mesuré comme conséquence -> la sévérité de l'addiction est mesurée à l'aide d'un questionnaire (protocole d'interview semi-structuré utilisé pour évaluer un éventail de comportement et de conséquences en lien avec la consommation (McLellan, 1980). La sévérité de l'impact de l'abus d'alcool a été mesurée à l'aide d'un questionnaire (Drinking Inventory Conséquence : questionnaire à faire seul mesurant les conséquences de la consommation d'alcool dans 5 domaines : interpersonnel, physique, social, impulsions et intrapersonnel). Chaque échelle donne la durée de vie et le passé des 3 derniers
--	--

	<p>mois sur les conséquences. Ces échelles peuvent être combinées avec l'évaluation totale les conséquences néfastes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rétention ou abandon du traitement • Réduction de la consommation d'alcool (auto-rapporté) • Abstinence (auto-rapporté) • Les résultats qualitatifs concernant la satisfaction des patients et des parents seront rapportés et décrit dans l'étude <p>Méthode de recherche pour l'identification des études : utilisation de bases de données bibliographiques électroniques : Cochrane, Embase, Cinahl.</p>
Considérations éthiques	Pas de données car s'est basé sur des études déjà effectuées.
Devis de recherche	<p>Les hypothèses sont décrites :</p> <p>Les interventions suivantes seront comparées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme en 12 étapes <i>versus</i> pas d'intervention • Programme en 12 étapes <i>versus</i> autres interventions comme (thérapie motivationnel, cognitivo-comportementale, thérapie de la prévention des rechutes) • Programme en 12 étapes <i>versus</i> programme en 12 étapes variantes (spirituelle, non-spirituelle, mené par un professionnel) <p>L'étude démontre les données actuelles sur les études effectuées. Les chercheurs se sont basés que sur des études randomisées contrôlées.</p>
Modes de collectes de données	<p>Collecte et analyse des données : Un examinateur a inspecté les résultats de la recherche par lecture et les doutes ont été résolus par la discussion. La méthode de randomisation est la suivante : tirage au sort est effectué par informatique, et par date de naissance, nombre de dossier d'hospitalisation.</p> <p>L'étude avec le groupe contrôle a pour but d'observer et contrôler l'étude.</p> <p>Les études ont de ce faite été analysée avant d'être sélectionnées.</p>
Conduite de la recherche	L'étude effectue un état des lieux à l'aide des études sélectionnées dans les bases de données et inclus selon des critères.

Analyse des données	<p>Pour l'analyse des données, les types d'interventions considérées ici impliquent l'hétérogénéité due au contexte social, organisationnel et politique. Par conséquent, les effets aléatoires du modèle ont été choisis. Compte tenu de la variété des approches livrées sous le nom de 12 étapes, les chercheurs ont décidé de l'étape du protocole pour effectuer et séparer les analyses se basant sur les caractéristiques des interventions. En fait, l'hétérogénéité des études (interventions, patients, paramètres, résultats) mesurés ont empêché une meta-analyse formelle et par conséquent les résultats ont été décrit narrativement par partie.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les participants :</p> <p>La stratégie de la recherche a identifié 117 études dont 29 acceptés pour l'inclusion et 8 satisfaisants les critères. Toutes les études répondaient aux critères d'inclusion et étaient randomisées contrôlées. 22 études ont été exclues (les raisons sont expliquées sous forme de tableau).</p> <p>Les participants : Une étude de Brown (2002), a étudié les sujets ayant terminé un traitement en milieu hospitalier de désintoxication. Une seconde étude de Davis (2002), a étudié les sujets en réhabilitation ambulatoire sans passer par un traitement hospitalier. Le projet MATCH et ses sous-analyses (Cloud 2004, MATCH 1998) ont étudié les sujets sous un traitement ou en postcure. Une autre étude de Kahler (2004), a étudié les sujets hospitalisés. McCrady (1996) a considéré les hommes avec des problèmes liés à l'alcool avec leur épouse. L'étude de Walsh (1991), a recruté des sujets dans leur milieu de travail avec une participation obligatoire à des programmes hospitaliers tels que des réunions aux AA. L'étude de Zemore (2004), a comparé le programme hospitalier combinant interventions médicales et comportementales <i>versus</i> un programme en 12 étapes.</p>

	<p>Intervention :</p> <p>Une certaine ambiguïté existait en ce qui concerne les interventions des AA ou autre TSF programmes. Les interventions ont été définies selon les 3 études de Davis (2002), McCrady (1996), Walsh (1991). Les auteurs ont considérés les AA en association avec d'autres traitements mais une seule étude sur la participation aux réunions des AA a été étudiée.</p> <p>3 études de Brown (2002), MATCH (1998), Zemore (2004), ont étudié les 12 étapes de TSF. Deux études ont comparé les TSF en rapport avec la thérapie motivationnelle, la thérapie cognitivo-comportementale ainsi que la thérapie de prévention des rechutes.</p> <p>L'étude de Kahler (2004) considère que les thérapies motivationnelles encouragent les personnes à participer aux 12 étapes de facilitation (TSF).</p> <p>Ces différentes études ont été menées au Canada et aux USA.</p> <p>Voici les comparaisons effectuées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AA <i>versus</i> programme en 12 étapes (Davis 2002; McCrady 1996; Walsh 1991) • Brèves conseils pour participer aux AA <i>versus</i> thérapie motivationnelle pour participer aux AA (Kahler 2004) • TSF <i>versus</i> autres approches en 12 étapes (Brown 2002; Cloud 2004; MATCH 1998) • Approche en 12 étapes à l'hôpital <i>versus</i> programme communautaire (Zemore 2004) <p>Résultats de ces études :</p> <p>La majorité des études ont examiné les résultats sur le comportement en lien avec l'alcool. L'étude de MATCH a été conçue pour tester une série d'hypothèses sur le patient et les traitements ainsi que les interactions.</p> <p>Plusieurs études ont montré des résultats en lien avec la consommation d'alcool et la durée dans le temps. Répertoire également dans un tableau de l'article.</p> <p>Risques de biais dans les études incluses : Toutes les études ont été déclarées à des essais</p>
--	---

	<p>contrôlés randomisés.</p> <p>Effets des interventions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Sévérité de la dépendance et ses conséquences</u> : mesuré à l'aide d'un questionnaire pour la sévérité de l'addiction et un second questionnaire concernant la sévérité de l'impact de l'abus d'alcool. Deux études ont utilisé l'index de sévérité d'alcool pour mesurer les problèmes et effectué un suivi. <ul style="list-style-type: none"> • TSF <i>versus</i> TCC et <i>versus</i> Motivationnel : Dans l'étude de MATCH (1998), l'indice sévérité de l'addiction a été mesuré au début puis à 12 semaines post-traitement. Le groupe TSF n'a montré aucune différence significative par rapport au deux autres. Les 3 interventions réduisent la consommation. • TSF <i>versus</i> prévention des rechutes : Il n'y a pas eu de différence au niveau des statistiques. 2. <u>Diminution du traitement</u> : Est mesuré par la différence entre le nombre de participants attribués au traitement et le nombre de participants ayant terminés (et vérifié durant le suivis). <ul style="list-style-type: none"> • AA avec les différentes thérapies <i>versus</i> intervention d'éducation : Dans l'étude de Davis (2002), des réunions des AA étaient fournies dans un programme impliquant également des séances de thérapies de groupe, de l'éducation à l'alcool par des films, une séance d'éducation sur les loisirs et 3 réunions communautaires dirigées par un médecin formé dans l'alcoolisme. Les patients sont aidés à accepter un traitement en comparaison d'un minimum de conditions. • AA avec des thérapies conjugales <i>versus</i> prévention des rechutes : 12% des patients du groupe AA obligatoire ont arrêté avant la fin, 14% dans l'obligation d'un traitement hospitalier et 10% du choix des participants. • TSF <i>versus</i> prévention des rechutes : pour la TSF 41.4% ont abandonné avant la fin
--	--

	<p>et pour la prévention des rechutes 51.6%</p> <p>3. <u>Réduction de la consommation d'alcool auto-rapporté</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AA plus différentes thérapies <i>versus</i> traitement minimal : les données statistiques sont répertoriées dans un tableau. • AA et thérapie conjugale <i>versus</i> prévention des rechutes : pas de différences significatives. • AA groupe <i>versus</i> groupe hospitalier : le groupe hospitalier avait un taux significativement plus faible de rechute que le groupe AA mais pas de façon significative. • TSF <i>versus</i> prévention des rechutes • TSF <i>versus</i> TCC <i>versus</i> motivationnel : pas de différence entre les groupes, soit en termes de pourcentage de la consommation journalière et de la consommation à 6 mois de suivi. <p>4. <u>Abstinence</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AA avec différentes thérapies <i>versus</i> traitement minimal : Aucunes études n'a pu évaluer l'effet de la TSF dans la promotion de l'abstinence complète.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La sévérité de la dépendance ne semble pas être influencée par les interventions des études incluses dans cette étude. L'étude n'est également pas concluante sur le fait que les AA aident les patients à accepter un traitement et à maintenir les patients en thérapies plus qu'une autre intervention. De même, il n'y a pas de preuves que d'autres interventions de TSF ont impacté le nombre de participants en traitement que la thérapie de prévention des rechutes. Les TSF contribuent à réduire la consommation de manière similaire à d'autres interventions. Trois études comparant AA dans différentes conditions avec d'autres interventions ont trouvé peu de différences entre les interventions dans la réduction de la quantité de boissons et le pourcentage de jours où il y a consommation.</p>

	<p>Les études expérimentales n'ont dans l'ensemble pas réussi à démontrer l'efficacité des AA dans la réduction de la dépendance à l'alcool ou dans les problèmes d'alcool par rapport à d'autres interventions. Bien qu'une petite étude a rapporté que les AA avait des meilleurs résultats d'abstinence que des traitements comparables, il n'y a pas de conclusion évidente qui montre que AA peut aider les patients à atteindre l'abstinence, ni qui peut démontrer le contraire. La plupart des études incluses dans cette étude ne permettent pas de juger de l'efficacité de TSF dans la promotion de la totale abstinence.</p> <p>Les programmes de 12 étapes et les programmes AA pour des problèmes d'alcool sont promus dans le monde entier. Jusqu'à présent, les études dans l'ensemble n'ont pas réussi à démontrer leur efficacité dans la réduction de la consommation d'alcool ou des problèmes de boissons en comparaison avec d'autres méthodes.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les personnes qui envisagent de participer aux AA ou aux programmes TSF devraient être mis au courant du manque de preuves expérimentales sur l'efficacité de ces programmes. Il faut souligner que dans les études disponibles, toutes les interventions semblaient améliorer au moins certains des résultats considérés. Les professionnels de la santé doivent examiner les options qu'ils fournissent et les conseils qu'ils donnent. La collaboration active du patient devrait chercher à identifier la meilleure intervention pour le patient.</p> <p>Les études devraient être menées sur de longues périodes de suivis. Une attention particulière doit être portée sur la qualité de vie pour les patients et leur famille.</p>

DIEPERINK, E., FULLER, B., ISENHART, C., MCMAKEN, K., LENOX, R., POCHA, C., ... HAUSER, P. (2014). EFFICACY OF MOTIVATIONAL ENHANCEMENT THERAPY ON ALCOHOL USE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre précise les concepts suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Thérapie se basant la motivation ○ Troubles liés à la consommation d'alcool ○ Patients atteints d'hépatite C ○ Etude randomisée contrôlée
Résumé	<p><i>But :</i> Déterminer l'efficacité des thérapies motivationnelles sur les patients atteints d'hépatite C et souffrants d'alcoolisme (AUD).</p> <p><i>Modèle :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Etude randomisée ○ A la simple aveugle ○ Essai contrôlé ○ Comparaison des thérapies basées sur la motivation vs « <i>control education condition</i> » ○ Suivi de 6 mois <p><i>Cadre :</i> Les patients ont été recrutés dans des cliniques traitant l'hépatite (dans divers états des USA) ainsi que dans un centre de soins pour vétérans.</p> <p><i>Participants et intervention :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients avec hépatite C ○ Patients souffrant d'alcoolisme (AUD) consommant encore ○ Traités soit avec les thérapies motivationnelles (n=70) soit les « <i>control education condition</i> » (n=69) ○ Durant 3 mois ○ Répartition aléatoire <p><i>Mesures :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le pourcentage d'abstinence ○ Le nombre de boissons standard ○ Par semaine

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 6 mois après l'étude <p><i>Découverte :</i> Les sujets ayant suivis la thérapie motivationnelle avaient 34.98% de jours d'abstinences ce qui a augmenté à 73.15% après 6 mois, contre 34.63% et 59.49% pour le « <i>control condition</i> ». les résultats ont montré une nette augmentation des pourcentages d'abstinence des sujets suivant la thérapie motivationnelle. Cependant il n'y avait pas une différence significative entre les différents groupes.</p> <p><i>Conclusion :</i> Les thérapies travaillant sur la motivation semblent augmenter le pourcentage d'abstinence chez les patients avec une hépatite C, ceux ayant des troubles liés à l'alcool et ceux consommant toujours.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'hépatite C est l'affection virale la plus fréquente, elle affecte environ 170 millions de personnes dans le monde et 3.2 millions d'américains. L'abus d'alcool est commun chez les patients avec l'hépatite C.</p> <p>Une étude a démontré que 48% des participants avaient consommé 5 voire plus de verres standard en une journée les jours précédents et 33% les 50 derniers jours.</p> <p>Parmi un large échantillon de vétéran 75% ont un problème avec l'alcool.</p> <p>Une étude réalisée auprès de patients assurés en privés a démontré que 93% des personnes ont déclaré avoir consommé de l'alcool avant la pose de leur diagnostic et 67.9% avaient un abus de consommation.</p> <p>La consommation d'alcool chez ces patients (hépatite C) est très risquée car ça augmente le risque de cirrhose, de carcinome hépatocellulaire, décompensation hépatique et la mort. En 2007 l'hépatite a tuée plus que le VIH et ceci devrait augmenter dans les 2 décennies à venir.</p> <p>La consommation est également un frein à une éventuelle thérapie médicamenteuse (antivirale). Les études démontrent que les patients avec</p>

	<p>hépatite + problème d'alcool ne sont généralement pas visés pour ces traitements, la raison est qu'ils ne s'en préoccupent pas et n'adhèrent pas.</p> <p>Il existe plein de thérapies pour les personnes consommant de manière abusive de l'alcool, mais elles sont longues et souvent pas adaptées. Les thérapies motivationnelles ont été bien étudiées et ont montré une grande efficacité chez ces patients souffrant d'alcoolisme.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs exposent que divers recherches ont été effectuées quant à l'efficacité des thérapies motivationnelles. Ils précisent qu'à ce jour une seule étude a observé que les thérapies motivationnelles réduisent la consommation chez les patients atteints de l'hépatite C. Cependant, aucune étude contrôlée n'a été publiée.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts sont clairement identifiés et définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients atteints d'hépatite C et consommant encore de l'alcool ○ L'efficacité des thérapies motivationnelles sur l'arrêt ou la diminution de l'alcool
Buts et question de recherche	<p>L'objectif de la recherche est clairement défini. Il s'agit de déterminer l'efficacité des thérapies motivationnelles dans la réduction de la consommation d'alcool chez des patients atteints d'hépatite C.</p> <p>La première hypothèse est que les patients suivant la thérapie motivationnelle chez les patients consommant toujours de l'alcool et souffrants d'hépatite C, a un plus grand nombre de réduction de la consommation standard par jour, que les patients recevant de l'éducation à la santé.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les patients visés par la recherche étaient ceux qui avaient un score supérieur à 3 au test de la consommation ou basé sur une évaluation clinique et considérés comme consommateurs excessifs. Certains patients ont également été recrutés par le biais de prospectus, mais c'est une minorité. L'admission finale a été faite par des assistants de la recherche et a déterminé la sélection des</p>

	<p>patients en utilisant les données cartographiques et à la suite d'un examen par l'enquêteur du site. 139 hommes, femmes et vétérans affectés par l'hépatite, ayant un problème lié à l'alcool et consommant encore ont été recrutés pour la recherche.</p> <p>1 sujets n'a pas été retenu car ne correspondait pas aux critères d'inclusions, ce qui laissait 138 sujets.</p> <p><i>Les critères d'inclusions étaient les suivants :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patients avec hépatite C chronique ○ Alcoolodépendant ou consommateurs excessifs (selon le DSM IV) ○ Les vétérans âgés de 18 ans et plus buvant 7 verres standards ou plus par semaines durant les 2 précédentes et les buveurs excessifs buvant 4 ou plus verres standards en 1 jours par semaines durant 2 semaines. (1 verre standard égale 14g de pur alcool) <p><i>Les critères d'exclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La dépendance aux opiacées, à la cocaïne ou aux méthamphétamines remontant à 6 mois ○ L'existence de troubles médicaux pouvant interférer avec l'étude comme TCC, troubles cognitifs, démences, encéphalopathie hépatique ou instabilité psychiatrique (risque accru de suicide, psychose ou manie) ○ La consommation ou la dépendance au cannabis n'étant pas un critère d'exclusion ○ La médication contre l'alcoolisme n'était pas un critère d'exclusion non plus
Considérations éthiques	Les participants ont dû signer un consentement éclairé. Rien d'autre n'est précisé.
Devis de recherche	<p>Les devis de recherche et quantitatif car les participants étaient évalués au départ puis aux 3 et 6 mois, à l'aide de questionnaires et d'analyse (Développé sous « mode de collecte des données »).</p> <p>Ils ont été répartis de manière aléatoire dans l'une</p>

	<p>de deux thérapies. Les thérapies ont débutées 7 jours minimum après le consentement. La longueur des sessions a été discutée entre le clinicien et le sujet, 4 sessions ont été réalisées avant la première évaluation au 3 mois.</p> <p><i>Thérapie basée sur la motivation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 4 séances durant approximativement entre 30-45 minutes <p><i>Control health education sessions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Réalisé par les mêmes cliniciens ayant réalisé la thérapie motivationnelle ○ 4 sessions durant environ entre 30-45 minutes ○ Les sujets abordés : <ul style="list-style-type: none"> • Le sommeil • La nutrition/alimentation • Repose • Exercice
Modes de collectes de données	<p>L'évaluation des participants au 3 et 6 mois comprenaient ces items :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La consommation d'alcool au cours des 30 jours précédents ○ Les symptômes dépressifs au cours des 7 derniers jours ○ L'anxiété et autres symptômes au cours des 7 derniers jours ○ Les symptômes du stress post traumatique au cours des 30 jours précédents ○ Test urinaire ○ Au départ les chercheurs ont recherché l'éventuelle consommation de cannabis, cocaïne, méthamphétamines et opiacées dans les 30 jours précédents ○ Alcootest ○ Analyses sanguines <p>Toutes les échelles/les questionnaires ont été importés d'autre recherches.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les participants ont été répartis aléatoirement dans l'une des 2 thérapies. Dans chacune des thérapies les participants étaient divisés en groupe de 4.</p> <p>Les sujets ont réalisé 4 sessions</p>

	<p>d'examen/d'entretien, le temps entre les sessions étaient discuté entre cliniciens et sujets, les 4 examens/entretiens ont eu lieu avant l'évaluation des 3 mois</p> <p>Suite aux 4 sessions les participants ont été évalués à l'aide des questionnaires développés sous « mode de collecte des données »</p>
Analyse des données	Pour analyser les données, les chercheurs ont utilisé des systèmes déjà existants et utilisé lors d'études similaires.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les chercheurs ont présenté les résultats sous forme de graphiques et de tableaux, tout en les expliquant à l'aide d'un texte narratif.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 70 sujets ont participé à la thérapie motivationnelle et 68 à « <i>the health education control condition</i> » ○ Ils ont reçu approximativement le même nombre de session ○ 2 sujets n'ont pas reçu l'entièreté du traitement car ils ne sont pas revenus ○ 84.3% (59 sur 70) et 89.7% (61 sur 68) ont participé aux 6 mois de recherche ○ Les participants des 2 groupes avaient les mêmes caractéristiques de bases ○ Un total de 18 participants n'a pas complété les 6 mois de suivis ○ Les chercheurs ont comparé les résultats des participants ayant stoppé les suivis vs ceux qui l'ont terminé et ils n'ont trouvé aucunes différences significatives <p><i>Analyse primaire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'analyse primaire démontre que la thérapie motivationnelle à une différence nette sur les jours d'abstinence contrairement au « <i>control condition</i> » : ○ Thérapie motivationnelle : <ul style="list-style-type: none"> • Au départ : 34.98% de jours d'abstinence • 3 mois : 69.91% • 6 mois 73.15% ○ Education condition :

	<ul style="list-style-type: none"> • Au départ : 34.36% • A 3 mois : 58.23% • A 6 mois 59.49% <ul style="list-style-type: none"> ○ La boisson moyenne pas semaine dans la thérapie motivationnelle a diminué de : <ul style="list-style-type: none"> • Au départ : 35.45% • A 3 mois : 14.6% • A 6 mois : 15.5% ○ Pour « education group » : <ul style="list-style-type: none"> • Au départ : 38.9% • A 3 mois : 18.9% • A 6 mois 22.1% <p><i>Analyse secondaire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas de grandes différences significatives entre les 2 groupes ○ Globalement les résultats montrent que l'abstinence de 30 jours à 6 mois était significativement plus élevée et les jours de « lourde » consommation était inférieure à 6 mois ○ Les 2 groupes ont montré une réduction dans leur analyse sanguine mais pas de différence significative entre les 2 groupes ○ Ce qui était significatif étaient les résultats des événements indésirables, plus fréquents en « <i>control condition</i> » : <ul style="list-style-type: none"> • Thérapie motivationnelle : 2 morts, « 3 <i>non-alcool</i> » et 2 hospitalisations liées à l'alcool • Control condition : 3 morts, « 7 <i>non-alcool</i> » et 4 hospitalisations liées à l'alcool
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les auteurs déclarent que la thérapie motivationnelle est plus efficace que le « <i>control education condition</i> » dans l'augmentation des jours d'abstinence chez les patients souffrant d'hépatite C et ayant comme comorbidité un trouble alcoolique. D'autre mesure concernant la consommation mais incluant la consommation par semaine, la consommation excessive et l'abstinence ne sont pas statistiquement différentes entre les 2 groupes.</p>

	<p>Les données ont été comparées avec d'autres essais clinique randomisés et les résultats s'accordent à dire que les thérapies brèves sont bénéfiques pour les patients souffrants d'hépatite C.</p> <p>Le score moyen de l'échelle de la dépression était supérieur à 17, donc indiquait des symptômes dépressifs modérée. Les substances non-alcool le plus consommé était le cannabis, bien que d'autre telles que la cocaïne ou les méthamphétamines étaient également consommées. La thérapie motivationnelle est utile pour augmenter le pourcentage de jours d'abstinence, ceci suggère qu'elle pourrait être utilisée à une plus grande échelle, avec une population plus large. L'effet de la thérapie était le plus prononcé à 3 mois, mais la consommation a continué de diminuer après 6 mois. Dans la thérapie « control condition », la diminution était également la plus significative à 3 mois mais n'augmentait ni ne diminuait à 6 mois. Ceci démontre que la thérapie motivationnelle est durable contrairement à l'autre thérapie.</p> <p>Les auteurs expliquent qu'il existe plusieurs limites dans l'étude en cours, notamment que la plupart des sujets étaient des hommes et anciens combattants, de ce fait les résultats ne peuvent pas s'appliquer à tous les patients atteints d'hépatite C. Cependant d'autres caractéristiques des différents groupes font que nous pouvons tout de même appliquer ces résultats à une population plus large, c'est-à-dire les symptômes psychiatriques et la toxicomanie.</p> <p>Bien que plus de 84% des deux groupe ait eu un suivis de 6 mois, analyses incluses, l'usure des participants a également été une limite. La limite est également le suivi de seulement 6 mois.</p> <p>Comme mentionné plusieurs fois, le seul effet significatif de l'étude est que la thérapie basée sur la motivation augmente le pourcentage de jours d'abstinence.</p>
Conséquences et recommandations	Les cliniciens peuvent envisager d'ajouter plus de sessions pour augmenter l'efficacité de la thérapie motivationnelle, cependant il faudra encore faire

	<p>d'autres études afin de déterminer si augmenter les sessions réduirait encore la consommation.</p> <p>En résumé, la thérapie motivationnelle est plus efficace dans l'augmentation du pourcentage, pour les cas auto-déclarés, en jours d'abstinence. C'est une thérapie qui pourrait être appliquée à plus grande échelle.</p>
--	--

MAGILL, M., KILUK, B. D., MCCRADY, B. S., TONIGAN, J. S., & LONGBAUGH, R. (2015). ACTIVE INGREDIENTS OF TREATMENT AND CLIENT MECHANISMS OF CHANGE IN BEHAVIORAL TREATMENTS FOR ALCOHOL USE DISORDERS: PROGRESS 10 YEARS LATER

Éléments d'évaluations	
Titre	<p>Le titre ne précise pas la population de l'étude</p> <p>Le titre précise les concepts suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mécanismes de changement de comportement ○ Les personnes dépendantes à l'alcool
Résumé	<p><i>Contexte :</i> Cette revue reprend un article parue il y a 10 ans, elle a pour but d'évaluer la progression des thérapies 10 ans après en comparant avec les résultats de l'article.</p> <p>L'article reprend une étude réalisée en 2004 « <i>Active Ingredients : How and why Evidence-Based Alcohol Behavioral Treatment intervention work</i> », et l'analyse avec les avancés qui ont été faites ces 10 dernières années. Nous comprenons donc que c'est une revue systématique.</p> <p><i>Méthode :</i> La revue revoie la recherche effectuée il y a 10 ans sur les 3 traitements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les thérapies cognitivo-comportementales ○ Les thérapies de couple ○ Les thérapies par les 12 étapes (Alcooliques Anonymes, AA) <p>L'entretien motivationnel a été choisi comme quatrième thérapie ceci en raison de son efficacité prouvé par plusieurs études. Les chercheurs nous donnent une évaluation critique de chaque thérapies et de la recherche antérieure ainsi que des recommandations pour le futur.</p> <p><i>Résultats :</i> Les auteurs ont identifié des changements remarquables dans ces thérapies et ont identifiés des mécanismes de changements (pour les problèmes d'alcool et autres substances). Les</p>

	<p>auteurs ont également découvert certaines limites dans le cadre théorique et des méthodes existants.</p> <p><i>Conclusion :</i> Les auteurs concluent en disant que dans le futur il faudra une vision plus large du cadre conceptuel, de la méthodologie analytique et des instruments de mesure.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>En 2004, le premier symposium sur les ingrédients de traitement comportemental pour les troubles de la consommation d'alcool était présenté à la société de recherche sur l'alcoolisme et ses résultats ont été publiés dans <i>Alcoholism: Clinical and Experimental Research</i> (Longabaugh et al.,2005). Cette présentation était la preuve de reconnaissance par d'autres écoles de traitement et le résultat de l'efficacité de traitements comportementaux sur les troubles de la consommation d'alcool.</p> <p>10 ans après le premier symposium, un second est apparu pour évaluer les progrès effectués dans ce domaine d'activité.</p> <p><i>Ingredients and Client Mechanisms of Change in Behavioral Treatments for Alcohol Use Disorders: Progress 10 Years Later.</i></p> <p>Ce symposium revisite des études faites dans les règles de l'art sur 3 traitements : Cognitivo-comportemental, thérapie de couple et la thérapie de 12 étapes de facilitations (même modèle que celui retrouvé chez les Alcooliques Anonymes).</p> <p>Dû à sa validité empirique et les études prouvant des résultats positifs, l'entretien-motivationnel a été sélectionné comme 4^{ème} traitement étudié.</p> <p>Cet article est une synthèse de ce symposium paru en 2014.</p>
Recension des écrits	La recension des écrits présente une base solide pour l'étude, car elle est essentiellement constituée du symposium de 2014 publié par la société de recherche sur l'alcoolisme.

	La recension présente plusieurs sources primaires.
Cadre de recherche	Les concepts ressortent : <ul style="list-style-type: none"> ○ Population alcoolique ○ Thérapie cognitivo-comportementale ○ Thérapie de couples ○ Thérapie par les 12 étapes de facilitation ○ Entretien motivationnel
Buts et question de recherche	Le but de la recherche et de reprendre une étude conduite il y a 10 ans et de comparer l'évolution des différentes thérapies décrites plus haut.
METHODE	
Population et échantillon	Il n'y a pas d'informations sur la population présente dans la revue.
Devis de recherche	Les auteurs ont sélectionné différentes revues concernant différents traitements et ce sur les 10 dernières années. Cette revue reprend une étude réalisée en 2004 « <i>Active Ingredients : How and why Evidence-Based Alcohol Behavioral Treatment intervention work</i> », et la compare avec les avancés qui ont été faites ces 10 dernières années. Nous pouvons donc comprendre que cet article est une revue systématique.
Modes de collectes de données	Les auteurs ne présentent pas d'outils de mesure. Les données ont été collectées dans le symposium publié en 2014. Cette article présente une synthèse du symposium.
Conduite de la recherche	La recherche s'appuie sur les données fournies par les 2 symposiums publiés par la société de recherche sur l'alcoolisme.
Analyse des données	Chacune des 4 thérapies sont présentées selon la forme suivante : <u>L'ingrédient actif de la thérapie qui mène à un mécanisme de changement de comportement pour arriver à un résultat.</u> THREE HYPOTHESES OF CAUSAL PROCESS IN MI: A REVIEW AND RECOMMENDATIONS L'entretien motivationnel (EM), a été accueilli

avec beaucoup d'enthousiasme comme traitement de courte durée des troubles de consommation d'alcool. A ce jour son efficacité a été établie de manière empirique (Lundahl and Burke, 2009). De plus ses ingrédients actifs ont été déterminés comme étant un traitement relationnel, technique visant à résoudre un conflit interne.

A comprendre que l'EM est une intervention centrée sur le patient (relationnel), à l'aide de méthodes directives (technique) pour augmenter la motivation aux changements en explorant et en résolvant l'ambivalence du patient (résolution de conflit). En résolvant l'ambivalence, le thérapeute provoque ainsi un changement de comportement chez son patient.

De plus à l'intervention du thérapeute il a été souligné que le discours du patient pour le changement est positif pour l'atteinte du résultat, alors qu'un discours contre le changement ou avec peu de motivation donnait de mauvais résultats.

Un autre élément est apparu, c'est la relation du thérapeute avec son client, à savoir que si le thérapeute exprime beaucoup d'empathie envers son patient cela semble avoir un impact positif sur les résultats et la motivation au changement, alors qu'à l'inverse une mauvaise relation ou peu d'empathie est égale à peu de motivation.

La technicité observée dans l'application de l'EM est dans le choix des mots et la tournure des phrases pour diriger le discours du patient vers le changement.

IMPROVING TS TREATMENT BY
UNDERSTANDING
AA BETTER

La thérapie en 12 étapes de facilitation est la thérapie la plus répandue aux USA, cette thérapie conduit le patient aux séances d'Alcooliques Anonymes (AA) qui est vue comme une thérapie en 12 étapes en communauté.

Durant cette dernière décennie de nombreuses recherches se sont penchées sur les ingrédients

Rapport de l'OMS

	<p>actifs du changement de cette thérapie et pour ce faire elles se sont essentiellement basées sur des données collectées par des participants aux séances des AA.</p> <p>Rapidement les chercheurs ont réalisé le lien entre la participation (ingrédient de changement) aux séances et le mécanisme de changement. L'une des évidences de la participation aux AA est l'augmentation de l'abstinence par une augmentation du support social et du sentiment d'auto-efficacité.</p> <p>Les AA peuvent être conceptualisés comme la première thérapie guidée par un manuel. En effet la littérature des AA inclue des références spécifiques au changement intrapersonnel nécessaire à l'atteinte et au maintien de l'abstinence.</p> <p>En plus de l'effet sur l'environnement social et le sentiment d'auto-efficacité des études ont été conduites pour déterminer l'effet des AA sur les affects négatifs, ces recherches ont démontré que la participation aux AA a un effet positif sur l'affect par le sentiment d'appartenance développé par les AA.</p> <p>Un second mécanisme de changement observé est l'augmentation de la pratique spirituelle, ce phénomène s'explique que dans la pratique des 12 étapes chaque participant doit trouver un support qui lui appartient, qu'il soit religieux ou spirituel.</p> <p>C'est la combinaison de tous ses éléments apportés par les AA qui soutienne et motive l'abstinence chez ses participants.</p> <p>On peut donc conclure que plus la participation aux AA est importante plus les chances de maintenir l'abstinence seront élevées par l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité et le plus grand support social, ainsi que le développement de la spiritualité. De plus on peut être confiant que la participation aux AA diminuera l'affect négatif tel que la colère, la dépression et les comportements narcissiques.</p>
--	---

RESULTATS	
Présentation des résultats	Les résultats sont exprimés dans l'analyse des données.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	La discussion est une critique de la méthode employée dans la structure de cette revue et ne discute pas son contenu, uniquement de sa méthodologie est discutée.
Conséquences et recommandations	En conclusion, alors que la recherche sur les modalités des traitements et les mécanismes de changement de comportements, a fait des débuts impressionnants dans cette dernière décennie. Pour permettre des avancées majeures il faudra probablement des bases théoriques plus complète et mieux articulées que les bases théoriques proposées dans les symposiums, avec des approches analytiques sophistiquées pour tester ces théories ainsi qu'une instrumentation plus précise pour décrire et mesurer les phénomènes à l'étude.