

Table des matières

Introduction	1
Problématique	4
But et question de recherche	6
Cadre de référence	8
Les troubles liés à une substance	9
La réduction des risques	10
Les principaux risques liés aux drogues	10
Définition de l'approche	10
Les buts de la réduction des risques	11
Les stratégies et les interventions de réduction des risques	11
Programme de distribution et de récupération d'aiguilles	11
Stratégies d'approche.....	12
Stratégies de prévention des surdoses.....	12
Usage de la méthadone	12
Centres de consommation et d'injection sous surveillance	12
Exemple d'un centre d'injection supervisée à Vancouver	13
Etablissement de relations	13
Soins infirmiers primaires	13
Education	14
Partenariats et aiguillages vers les systèmes sanitaires et sociaux	14
Figure 1 : Le cadre infirmier	15

Méthode	16
Banque de données	17
Mots clés, mots Mesh	17
Critères d'inclusion et d'exclusion	18
Flow chart	19
Stratégies de recherche.....	20
Analyses des articles scientifiques	20
Résultats	21
Contingencies of the will: Uses of harm reduction and the disease model of addiction among health care practitioners	22
Addiction, agency, and the politics of self-control: Doing harm reduction in a heroin users' group	23
Challenges to Implementing the Harm Reduction Approach.....	23
Open drug scenes: responses of five European cities.....	24
Self-care and risk reduction habits in older injection drug users with chronic wounds : a cross-sectional study	25
Challenge in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependance	25
Nurse-delivred safer injection education among a cohort of injection drug users : Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility	26
Agency and addiction in a Harm Reduction Paradigm: French Nurses' Perspectives	27

Discussion	28
Les avantages de l'implantation de la réduction des risques.....	29
Les obstacles à l'implantation de la réduction des risques.....	31
Les implications pour la pratique.....	33
Les limites de la revue de littérature.....	35
Les apprentissages réalisés	36
Conclusion	38
Liste des références bibliographiques	40
Appendices	43
Stratégie de recherche numéro 2.....	45
Stratégie de recherche numéro 3.....	45
Stratégie de recherche numéro 4.....	46
Stratégie de recherche numéro 5.....	47
Stratégie de recherche numéro 6.....	47
Stratégie de recherche numéro 7.....	48

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaleureusement notre Directrice de Travail de Bachelor, Madame Stéphanie Senn pour son soutien, ses encouragements et sa flexibilité.

Nous tenons à remercier nos familles pour leur accompagnement et leurs relectures.

Introduction

Selon l'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP) (2000), la politique suisse en matière de drogues devrait permettre une approche davantage centrée sur la personne et non sur l'abstinence totale. Ceci est donc plus en accord avec la prise en charge infirmière et la création d'une relation thérapeutique (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011). Ainsi, les interventions infirmières dans l'approche de la réduction des risques¹ (3^{ème} pilier) contribuent à améliorer la qualité de vie des personnes dépendantes aux substances illicites et à prévenir les complications liées à la consommation.

Lors de nos périodes de formation pratique à la Haute Ecole de Santé de Fribourg, nous avons été confrontées à la prise en charge de personnes dépendantes aux drogues. Nous avons observé une différenciation entre les soins somatiques et les soins psychiatriques, alors que nous apprenons à prendre en charge de manière globale (bio-psycho-sociale-spirituel) et centrée sur la personne. Nous avons donc choisi une problématique qui inclut autant les soins somatiques que les soins psychiatriques.

Afin d'avoir un aperçu de l'état des connaissances actuelles sur la prise en charge des personnes dépendantes, nous avons effectué une recherche documentaire. Nous avons pu constater que la réduction des risques est une approche principale, adéquate et récente dans la prise en charge de cette population. Les articles qui constituent cette revue de littérature, sont récents et ont des thèmes variés comme les perceptions des infirmières face aux personnes dépendantes aux drogues, l'efficacité des interventions de la réduction des risques, les challenges de l'implantation de la réduction des risques et les scènes ouvertes de la drogue dans cinq villes d'Europe.

¹ Le terme réduction des risques ou réduction des méfaits sont des synonymes, selon les auteurs, nous employerons l'un ou l'autre de ces termes.

Nous avons expliqué la problématique et nous l'avons située dans le contexte politique suisse. Nos lectures nous ont permis d'affiner notre question de recherche et de définir le cadre de référence. Ainsi nous avons pu délimiter nos mots-clé et ainsi trouver les articles scientifiques qui composent cette revue de littérature. Les résultats obtenus dans ces articles ont permis de répondre à notre question de recherche et ainsi proposer des interventions pour les milieux aigus telles que les services de médecine, de chirurgie ou d'urgence qui ont un impact sur la pratique infirmière. Pour conclure, nous avons décrit les limites de cette revue de littérature et les apprentissages acquis.

Problématique

En Suisse, il y a environ 28'000 personnes qui consomment de la cocaïne et environ 4'000 personnes qui consommeraient de l'héroïne selon une enquête du Monitoring suisse des addictions (2013). Ces chiffres sont selon les enquêteurs sûrement sous-estimés à cause du caractère illégal de la consommation de drogues. Par conséquent, le problème de santé publique des addictions touche un pourcentage élevé de la population suisse.

La politique suisse actuelle en matière de drogues est composée de quatre piliers, dont fait partie la réduction des risques. Selon l'OFSP (2000),

Réduire les risques signifie offrir des soins médicaux, notamment pour prévenir le sida et l'hépatite, ou des traitements de substitution, ainsi que des locaux où les toxicomanes peuvent s'injecter de la drogue dans de bonnes conditions d'hygiène. Cela signifie également offrir un emploi, un logement et des possibilités d'aménager la vie quotidienne et les loisirs. (p.18)

Le but de la réduction des risques se résume à garantir une qualité de vie optimale pour les personnes dépendantes sans exiger l'abstinence. Les scènes ouvertes de la drogue des années 80 ont permis de démontrer les situations désastreuses dans lesquelles vivaient les toxicomanes (OFSP, 2000). La Confédération a mis en place la nouvelle politique en matière de drogues des 4 piliers dans les années 90, afin d'unifier et d'orienter les actions cantonales. (Lehman, 1998)

Selon l'OMS (2014), ils estiment qu'à l'échelle mondiale 15 millions de personnes sont dépendantes aux opioïdes et que 69'000 personnes meurent chaque année d'une overdose de ces substances. Pour L'OMS, l'abus de substances psychoactives est une problématique de santé publique mondiale. Elle recommande l'application de la réduction des risques liés à la consommation de drogues.

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2011), les infirmières sont de plus en plus confrontées aux personnes dépendantes aux substances. En effet, dans les milieux hospitaliers de soins aigus, les infirmières sont amenées à prendre en charge des personnes dépendantes aux substances qui souffrent d'abcès, de maladies chroniques telles que l'hépatite C, le sida, ou d'autres complications liées à l'usage de drogues. Malheureusement, les perceptions négatives des infirmières et les stigmatisations entravent une qualité de soins optimale. Dans l'étude de Neville et Roan (2014), les infirmières ont exprimé des attitudes négatives à des défis en matière de soins auprès des patients souffrant de toxicomanie, en particulier concernant des questions liées à la sécurité, à la peur, à la manipulation, aux dilemmes de soins et à la nécessité de l'éducation.

Ford et al. (2008) ont identifié que l'éducation seule ne suffit pas à améliorer les attitudes des infirmières envers les patients atteints de toxicomanies, et en plus, il est essentiel que les infirmières soient soutenues et qu'elles puissent collaborer avec l'équipe pluridisciplinaire, et ainsi, gagner de l'expertise pratique.

But et question de recherche

Notre question de recherche découle de nos observations durant nos stages, et de nos lectures de documentation scientifique. Il en ressort que les infirmières en milieu somatique ressentent un manque de connaissances pour prendre en charge les personnes dépendantes aux substances. Les perceptions des infirmières sont également influencées négativement par ce manque de connaissances (Neville & Roan, 2014).

Quelles sont les interventions infirmières de la réduction des risques pouvant être appliquées aux milieux aigus ?

La problématique des soins aux personnes dépendantes aux substances concerne tous les professionnels de la santé. Il est primordial que les infirmières soient sensibilisées à la réduction des risques qui est une approche centrée sur la personne et permet une relation thérapeutique solide car ne prônant pas essentiellement l'abstinence.

Cadre de référence

Les troubles liés à une substance

Selon Townsend (2010), l'abus d'une substance et la dépendance à une substance sont définis comme tels :

Abus d'une substance : le DSM-IV (APA, 2003) définit l'abus d'une substance comme un mode d'utilisation inadapté se manifestant par les conséquences néfastes et récurrentes liés à un usage répété.

La dépendance à une substance : dépendance physique : ce trouble se manifeste par un ensemble de symptômes physiologiques, cognitifs et comportementaux dénotant une consommation continue de la substance en dépit des problèmes majeurs qui en résultent (APA, 2003). Lorsque cet état s'aggrave, la consommation répétée et continue de la substance devient nécessaire pour éviter les effets désagréables du syndrome accompagnant le sevrage de la substance en question. La dépendance physique est favorisée par le phénomène de la tolérance, c'est-à-dire par le besoin de consommer des doses plus fortes ou plus fréquentes de la substance pour obtenir les mêmes effets.

Dépendance psychologique : une personne présente une dépendance psychologique à une substance lorsqu'elle considère l'utilisation de celle-ci comme nécessaire à l'optimisation de son bien-être, de ses relations interpersonnelles ou de ses performances (p.309).

Cette définition, nos différentes lectures de documents non scientifiques et l'écoute de témoignages nous ont permis d'aborder la problématique de la dépendance aux drogues et les conséquences néfastes qu'elle peut engendrer.

Les visionnages vidéos des émissions comme Temps Présent et On en parle nous ont sensibilisé à cette problématique et à la stigmatisation sociale à laquelle les personnes dépendantes aux drogues sont confrontée.

La réduction des risques

Les principaux risques liés aux drogues

La dépendance aux substances engendre différentes conséquences telles que les maladies transmissibles par le sang, les surdoses, les infections des tissus mous, la criminalisation, la stigmatisation et la violence (Hunt et coll., 2003 In l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011).

Définition de l'approche

Selon l'Internationnal Harm Reduction Association (2010), la réduction des risques se définit par « des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues psychotropes licites et illicites, pour la santé, la société et l'économie, sans nécessairement diminuer la consommation. » (p.14 In l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011).

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2011), les principes clés de la réduction des risques sont :

Le pragmatisme, les valeurs humanistes, la réduction des risques et des méfaits liés à l'usage de drogues, les preuves relatives aux coûts et aux avantages, l'importance accordée aux droits de la personne, le caractère immédiat des buts, la reconnaissance du changement graduel, la remise en question des politiques et des pratiques qui maximisent les effets, la transparence et la participation réelles, les usagers de drogues à l'élaboration de politiques et de programmes

(CCLAT, 1996 ; Hunt et coll., 2003 ; IHRA, 2010 ; Riley et O'Hare, 2000 ; Thomas, 2005). (p.16)

La réduction des risques est basée sur des valeurs humanistes telles que la dignité, le respect et la compassion, tout en faisant preuve de non-jugement. Ces valeurs sont en adéquation avec celles des soins infirmiers. Dans cette approche, les infirmiers et infirmières jouent un rôle essentiel en construisant des relations thérapeutiques attentionnées et de confiance.

Les buts de la réduction des risques

Cette approche vise à sécuriser la consommation de drogues et à diminuer leurs conséquences néfastes sans prôner l'abstinence totale. Elle s'inscrit dans un programme de promotion et de prévention de la santé en souhaitant améliorer la sécurité de la communauté.

Les stratégies et les interventions de réduction des risques

L'Association des infirmières et des infirmiers du Canada ont répertorié les principales interventions et stratégies de la réduction des risques, en se basant sur des données probantes.

Programme de distribution et de récupération d'aiguilles

Distribuer le matériel stérile et récupérer les aiguilles usagées a pour but de diminuer la transmission des infections tels que le VIH, l'hépatite C et B. Plusieurs études ont démontré que ces programmes permettaient d'atteindre les personnes vulnérables ayant peu d'accès aux soins. Ces personnes pouvaient donc être sensibilisées et informées sur les risques liés à l'usage de matériel contaminé

(Wodak et Cooney, 2005, 2006 In Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011).

Stratégies d'approche

Cette stratégie vise à entrer en contact avec les consommateurs de drogues qui se cachent des services de santé et des services d'aide (Needle et coll., 2004, 2005 In Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011) et à les orienter vers le réseau socio-sanitaire (Ritter et Cameroun, 2006 In Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011).

Stratégies de prévention des surdoses

En enseignant les signes et les symptômes de surdoses en intégrant les soins de premiers secours, les infirmières et les pairs contribuent à diminuer les risques d'overdoses.

Usage de la méthadone

Les études, dont 6 méta-analyses démontrent l'importance d'inclure la méthadone dans les soins pour les personnes toxicomanes afin de leur assurer une meilleure qualité de vie.

Centres de consommation et d'injection sous surveillance

Ces structures légales et facilement accessibles permettent une consommation sécurisée sous le regard non-jugeant des infirmières.

Elles visent selon Fischer, Rehm, Kim et Robins, (2002) et Kimber et coll., (2003) In Association des infirmiers et infirmières du Canada, (2011) :

À réduire le nombre de surdoses mortelles et non mortelles , à réduire la transmission de virus transmissibles par le sang (VIH, VHC), à accroître l'accès

aux services sociaux et aux services de santé pour les groupes difficiles à atteindre en établissant des liens avec des professionnels de la santé, à réduire les troubles publics, y compris le volume du matériel jeté, le nombre des injections faites en public et le trafic flagrant. (p.40)

Exemple d'un centre d'injection supervisée à Vancouver

Un centre d'injection supervisée a été ouvert à Vancouver en Colombie-Britannique en 2003 en réponse au manque de structures pour les personnes dépendantes aux drogues. Plusieurs études ont démontré l'efficacité du centre afin de réduire les risques liés à la consommation de drogues. Les différentes activités des soins infirmières guidées par l'approche de la réduction des risques et par la promotion de la santé sont présentées ci-dessous (Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I & Pauly, B., 2009).

Etablissement de relations

Les infirmières de ce centre suivent un modèle centré sur le client lui permettant une auto-gestion sur sa santé. Les relations sont basées sur la dignité, la bienveillance et la confiance (Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I & Pauly, B., 2009).

Soins infirmiers primaires

Le centre offre des soins infirmiers primaires comprenant :

La prise en charge des surdoses, secourisme de base et avancé, test rapide de dépistage du VIH au point de soin, immunisation, traitement des plaies aiguës et chroniques, santé génésique, dépistage et traitement d'infections transmissibles sexuellement (ITS), conseil et aiguillage vers des services sanitaires et sociaux

de l'intérieur. (Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I & Pauly, B., 2009) (p.16).

Education

Les clients sont informés de l'importance des auto-soins tels que : se laver les mains, filtrer les drogues avant les injections, utiliser du matériel d'injection et de l'eau stérile, de nettoyer la peau avec un tampon d'alcool, prendre soin des veines et de bien insérer l'aiguille. Cette éducation se passe après les injections, car les personnes dépendantes intègrent davantage les informations à ce moment-là. (Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I & Pauly, B., 2009).

Partenariats et aiguillages vers les systèmes sanitaires et sociaux

Afin de promouvoir la santé, les infirmières favorisent la collaboration avec différents partenaires de santé. Elles orientent également les clients vers d'autres associations d'aide. (Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I & Pauly, B., 2009).

Figure 1 : Le cadre infirmier



Figure 1: Cadre infirmier (p.16). Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I. & Pauly, B. (2009). Un centre d'injection « insite » à la réduction des méfaits. *Infirmière Canadienne*, 10(4), 13-18.

Méthode

Afin d'arriver à notre question de recherche nous avons effectué une recherche documentaire. Ainsi nous avons pu intégrer les notions impliquées dans l'approche de la réduction des risques et assimiler les enjeux de l'implantation d'une telle approche.

Banque de données

Nous avons recherché les articles scientifiques dans les banques de données CINAHL et Pubmed.

Mots clés, mots Mesh

Les mots-clés et les mots Mesh qui nous ont permis de trouver les articles sont les suivants :

Mots-clés en anglais	Mots-clés en français
Therapeutic nurse client relationship	Relation thérapeutique
Substance abuse	Abus de substances
Acute care	Soins aigus
Guideline	Guideline
Care practice recommendations	Meilleures recommandations
Nurses' perceptions	Perceptions des infirmières
Public nuisance	Nuisance publique

Termes Mesh en anglais	Termes Mesh en français
Harm reduction	Réduction des méfaits
Addiction	Addiction
Nursing	Soins infirmiers

Critères d'inclusion et d'exclusion

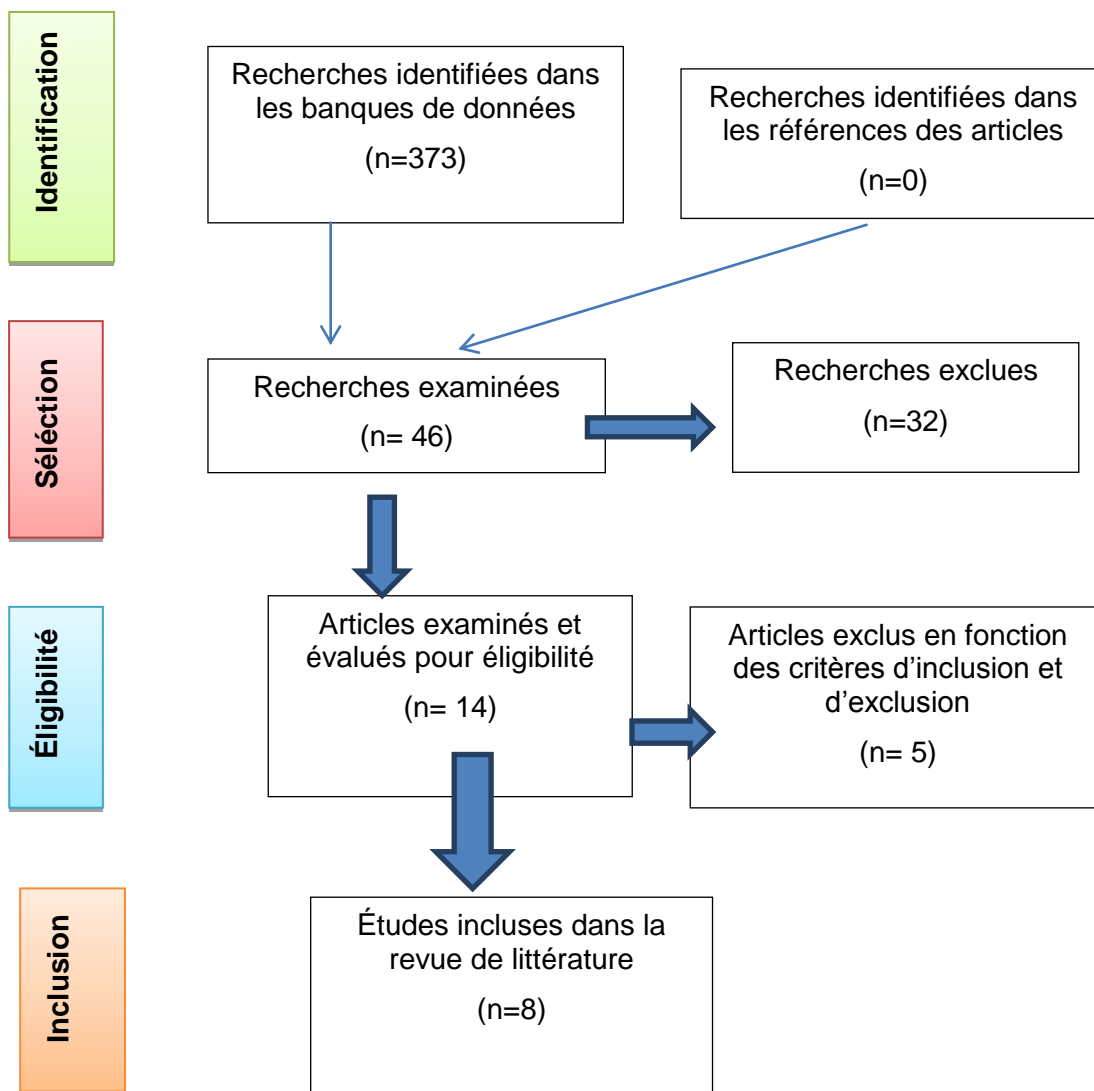
Les critères d'inclusion pour la sélection des articles sont :

- Population : adultes
- Date de parution : 8 dernières années
- Langue : français, anglais
- Pays : Canada, Europe, Etas-Unis

Les critères d'exclusion pour la sélection d'articles sont :

- Population : enfants, adolescents et personnes âgées
- Date de parution : plus de 8 ans
- Langues : toutes sauf anglais, français
- Pays : autres que Canada, Europe, Etas-Unis

Flow chart



Stratégies de recherche

Lors de nos recherches d'articles scientifiques, nous avons essayé de combiner plusieurs mots-clés dans deux banques de données. Nous avons également regardé les références du document de travail de l'association des infirmiers et des infirmières du Canada et dans certains journaux scientifiques. Nous avons répertorié les stratégies de recherche pour chaque article en appendice A.

Analyses des articles scientifiques

Les analyses des articles ont été rédigées selon le canevas distribué, elles se trouvent en Appendice B, C, D, E, F, G, H et I. Les grilles d'analyses nous ont permis de construire une vue d'ensemble des articles et ainsi nous avons pu retrouver facilement les résultats pertinents à notre question de recherche lors de l'analyse de ceux-ci.

Résultats

Un total de huit articles compose cette revue de littérature. Parmi ces articles deux ont un devis quantitatif et les six autres ont un devis qualitatif. Ces études ont été menées entre 2007 et 2014. Suite à l'analyse de ces articles, nous avons choisi de présenter leurs résultats par article. En effet, les thèmes ressortant de nos analyses peuvent difficilement être catégorisés.

Contingencies of the will: Uses of harm reduction and the disease model of addiction among health care practitioners

Dans l'étude de Kelly (2014), le but de la recherche étant de comparer la prise en charge des patients toxicomanes par deux modèles, la réduction des méfaits ainsi que le concept de la maladie de l'addiction. Il en ressort que les praticiens de la santé qui utilisent la réduction des méfaits éduquent les patients dans les pratiques plus sûres de consommation de drogues, et acceptent l'utilisation continue de drogues. Pour le modèle de la maladie, il en ressort que les praticiens de santé l'utilisent pour excuser les utilisateurs de drogues de toute responsabilité quant à leur consommation de drogues et à déstigmatiser cette consommation. Les deux approches permettent aux praticiens de fournir des soins de prévention des risques et garantir la continuité des soins.

Cette étude a démontré que se soit dans le modèle de la maladie ou dans la réduction des risques, les praticiens éduquent les personnes dépendantes à la prévention des risques. Mais l'éducation et la relation thérapeutique sont-elles les mêmes sous telle ou telle approche ?

La limite de l'étude est le petit échantillon de 13 praticiens, et également que l'étude a eu lieu à New-York.

Addiction, agency, and the politics of self-control: Doing harm reduction in a heroin users' group

L'étude de Gowan, Whetsone, Andic (2012), a pour but de pratiquer la réduction des risques chez un groupe d'héroïnomanes par le biais d'un site qui permet l'échange de seringues dans une ville de Midwest. La plupart des consommateurs de drogues qui ont été interrogés ont exprimé qu'ils étaient capables de se voir comme ayant un droit aux ressources sociales. Une fois qu'ils se sont considérés comme ayant droit à des seringues propres, ils ont commencé à envisager d'autres droits de citoyenneté ainsi que le soutien au logement, des possibilités d'emploi, le soutien économique et social de base.

Cette étude démontre que les personnes dépendantes aux drogues sont favorables à la réduction des risques, cette approche permet de diminuer leur sentiment de stigmatisation et de marginalisation et leur permet de construire des relations de confiance avec le personnel soignant et ainsi rendre plus aisée la demande d'aide et de traitement.

L'étude se déroulant aux Etats-Unis, nous ne pouvons pas transférer les données dans d'autres contextes.

Challenges to Implementing the Harm Reduction Approach

La recherche mixte de Mancini, Linhorst, Broderick & Bayliff (2008) a expliqué les différents obstacles à l'implantation de la réduction des risques dans les milieux de pratique ainsi que les perceptions des infirmières face à cette approche. Selon les praticiens interrogés en faveur de l'approche, la réduction des risques permet de construire une relation thérapeutique plus forte et plus confiante. La nature flexible et tolérante de l'approche a facilité la communication en la rendant plus ouverte, ce qui a renforcé la relation soignant-client. Plusieurs contradictions sont démontrées,

certains professionnels n'émettent aucune réserve sur l'efficacité de la réduction des risques alors que d'autres émettent des résistances car ils considèrent l'abstinence comme étant le seul résultat possible.

Les principales limites de l'étude sont : la taille de l'échantillon (37) ; la spécificité de la population et du contexte, les résultats ne peuvent donc pas être généralisés, le manque de confidentialité dans les groupes de discussion peut avoir limité les réponses, le questionnaire étant construit par les auteurs de la recherche, il n'a donc pas été approuvé scientifiquement, la fiabilité des réponses ne peut être garantie et au final, comme le questionnaire était rempli immédiatement avant le groupe de discussion, la possibilité de réactivité ne peut pas être exclue.

Open drug scenes: responses of five European cities

Lors de la recherche de Waal, Clausen, Gjersing & Gossop (2014), des groupes de contact de cinq villes d'Europe ont été interrogés sur la question des scènes ouvertes de la drogue afin de connaître leurs stratégies et leurs interventions face à cette problématique. L'étude démontre que les personnes de ces groupes considèrent ces scènes ouvertes comme étant destructrices pour les consommateurs et une nuisance problématique pour la société. La réduction des risques est une mesure politique adoptée dans toutes les villes. Selon l'étude, le consommateur de drogues n'a pas le droit de nuire aux autres mais a le même droit inné à l'intégration dans la société, la stigmatisation doit être évitée.

Les résultats de cette étude portent sur des événements extrêmement complexes, qui sont des circonstances sociales, politiques et économiques changeantes et qui se déroulent sur des périodes relativement longues. L'accent étant mis sur la consommation d'héroïne, ceci pourrait limiter l'utilité pour les villes où d'autres drogues sont consommées.

Self-care and risk reduction habits in older injection drug users with chronic wounds : a cross-sectional study

Selon Smith, Robinowitz, Chaulk & Johnson (2014), les consommateurs âgés, ayant plus de 45 ans, présentant des plaies chroniques, adoptent plus facilement des comportements d'auto-soins adéquats face à l'injection de drogues, comparé à leurs pairs sans plaies chroniques et aux consommateurs plus jeunes sans plaies chroniques. Les différents auto-soins décrits sont : la désinfection des aiguilles avec de l'eau de javel, désinfection du site d'injection avec de l'alcool et la participation à un programme thérapeutique. De plus ces personnes ont plus facilement un domicile fixe et fréquentent plus facilement les cliniques plutôt que les centres de premiers secours.

Cette étude comporte les limites suivantes : les participants sont déjà dans un programme de réduction des risques, ce qui n'est pas représentatif des consommateurs qui n'y ont pas accès et la petite taille du groupe focus.

Challenge in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substance Abuse/Dependance

Selon les résultats ressortis de l'étude de Neville et Roan (2014), il est difficile pour les infirmières de prendre soins des patients souffrant de toxicomanie. Elles ont exprimé que ses patients sont exigeants et indignes de confiance. Elles décrivent être souvent manipulées et certaines ont décrit un sentiment de futilités lors de leurs soins. Les résultats de cette étude sont cohérents à une évaluation systématique d'identification des perceptions, qui en général, démontrent que le personnel soignant possède des attitudes négatives envers cette population, en raison de leurs perceptions de ces patients comme étant manipulateurs, grossiers, agressifs et dangereux. La manipulation est un comportement fréquemment relevé par les infirmières.



La limite de cette étude se situe au niveau de la taille de l'échantillon 24 infirmières, en effet elle ne permet pas de généraliser les résultats. Mais la diversité de l'échantillon (années d'expériences et les unités de soins diverses) nous fournit une représentation globale des perceptions des infirmières face aux abus de substances.

Cette étude et la recherche de Gray (2014) démontrent que les soins aux personnes dépendantes aux drogues sont influencés par les perceptions du personnel soignant.

Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users : Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility

Selon Wood, Wood, Lai, Tyndall, Montaner & Kerr (2008), en général, il ressort l'importance d'une éducation chez les consommateurs de drogues n'ayant pas de comportements de réduction des risques. Les résultats indiquent que les infirmières ont réussi à approcher un haut pourcentage de groupes à risques et que malheureusement la plupart des participants ont une consommation de drogues à à risques, prouvant l'importance du besoin de l'éducation des techniques d'injection sécurisées.

La limite de cette étude est que le centre d'injections supervisées de Vancouver est le seul en Amérique du Nord. Les résultats ne peuvent pas être généralisés. Étant donné que c'est un contexte spécifique, la population n'est pas représentative de la population de consommateurs de drogues en général.

Selon un article paru dans le journal Santé publique (Gagné, 2013), le centre d'injections supervisées de Vancouver :

Permet de rejoindre les personnes UDI [utilisateurs de drogues par injection] qui sont les plus vulnérables, réduit le partage de matériel d'injection, favorise des techniques d'injection plus sécuritaires, diminue les surdoses et leurs conséquences, y compris les risques de décès, réduit le recours aux services ambulanciers et aux urgences des hôpitaux, favorise l'inscription dans des programmes de désintoxication et de traitement de la dépendance, a un effet bénéfique sur l'ordre public (diminution des injections en public, diminution du nombre de seringues jetées de façon non sécuritaire), n'augmente pas la consommation de drogues [et] n'entraîne pas d'augmentation de la criminalité. (p.18)

Agency and addiction in a Harm Reduction Paradigm: French Nurses' Perspectives

Selon l'étude qualitative de Gray (2014), le contexte socio-culturel influence les perceptions des infirmières face aux personnes dépendantes aux drogues et également la mise en œuvre de l'approche de la réduction des risques. Les infirmières participantes à cette étude ont fait ressortir plusieurs thèmes concernant leurs perceptions des soins aux personnes dépendantes aux drogues tels que : l'auto-gestion des personnes, les frontières dans la relation infirmière-client, la thérapie efficace et le contexte socio-culturel. Les infirmières françaises interrogées considèrent l'abstinence comme étant le seul résultat possible dans le traitement des addictions. Ce qui va à l'encontre de l'approche de la réduction des risques qui est pourtant appliquée en France.

Les limitations de cette recherche sont : l'échantillon qui ne peut être généralisé et les difficultés de communication dues à une différence de langage de la part de l'auteur et des infirmières interrogées.

Discussion

Cette revue de littérature avait pour objectif de transférer les interventions de la réduction des risques en milieu aigu afin de garantir une prise en soins optimale pour les personnes dépendantes aux drogues. Deux de nos articles ont abordé les perceptions des infirmières prenant en charge des personnes dépendantes aux drogues dans des milieux aigus. Une recherche a investigué l'efficacité de l'éducation thérapeutique des auto-soins des personnes s'injectant des drogues. Une recherche démontrait l'efficacité des centres d'injections supervisées. Une recherche décrit les obstacles de l'implantation de la réduction des risques dans la pratique des soins infirmiers. Une recherche a évalué l'efficacité des interventions de la réduction des risques dans un groupe d'héroïnomanes. Une étude a comparé la prise en charge selon le modèle de la réduction des risques et selon le modèle de la maladie de la dépendance. La dernière recherche analysée discutait des différences entre les différentes politiques en matière de drogues dans cinq villes d'Europe.

Les avantages de l'implantation de la réduction des risques

Selon Landry & Lecavalier (2003), l'approche de la réduction des risques permet d'approcher les personnes particulièrement vulnérables (itinérance, isolement social, maladies infectieuses, troubles mentaux graves et criminalité) au contraire d'une approche trop rigide.

Les participants de l'étude de Mancini, Linhorst, Broderick & Bayliff (2008), qui sont en faveur de l'approche de la réduction des risques, ont constaté que celle-ci permettait de construire une relation thérapeutique plus solide et plus confiante. La nature flexible et non-jugeante de l'approche a facilité la communication ce qui a renforcé la relation. En ayant des relations professionnelles plus satisfaisantes avec les personnes dépendantes aux drogues, le personnel serait moins frustré et moins

épuisé (Brotheridge & Grandey, 2002, In Mancini, Linhorst, Broderick & Bayliff, 2008).

L'approche des risques est une approche de santé publique se centrant sur la prévention. L'éducation thérapeutique apportée par les infirmières des centres d'injections supervisées a une influence positive sur les auto-soins des personnes dépendantes aux drogues (Smith, Robinowitz, Chaulk & Johnson, 2014). Comme l'étude de Mancini, Linhorst, Broderick & Bayliff (2008) le démontre l'approche de la réduction des risques permet de construire une relation thérapeutique. Selon Kelly (2014), en utilisant la réduction des risques, les soignants éduquent les personnes dépendantes aux drogues aux comportements plus sûrs. En conclusion, la construction d'une relation thérapeutique est essentielle afin d'éduquer les personnes aux comportements de consommation plus sûrs. Etant donné la haute proportion de consommateurs de drogues n'appliquant pas les comportements de réduction des risques il est clair que des interventions éducatives sont nécessaires (Wood, Wood, Lai, Montaner & Kerr, 2007).

Il a été prouvé que le contexte socio-culturel influence la prise en charge et les attitudes des infirmières face aux personnes dépendantes aux drogues. Par exemple si le contexte politique encourage la réduction des risques, il est plus aisé de l'appliquer dans les soins (Gray, 2014).

Les cinq villes européennes de l'étude de Wall, Clausen, Gjersing & Gossop (2014), ont fourni une gamme de services dans le programme de la réduction des risques comme des possibilités de logement et de la distribution de matériel stérile.

L'approche de la réduction des risques étant appliquée politiquement en Europe, les perceptions des infirmières et de la société en général, devraient évoluer favorablement envers les personnes dépendantes aux drogues.

Une étude de la pratique des soins infirmiers respectueuse de l'éthique dans les cliniques de santé situées au cœur de villes de l'Ouest canadien a révélé que lorsque les infirmières et les infirmiers adoptaient une stratégie de réduction des méfaits dans leurs pratique, on constatait une amélioration de l'accès aux soins de santé parce que leurs valeurs morales changeaient : par exemple, ils stigmatisaient moins l'usage et les usagers de drogues et ils avaient davantage tendance à respecter tout le monde, les usagers de drogues illicites comme les autres (Pauly, 2008, In l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2011). (p.20-21)

Les obstacles à l'implantation de la réduction des risques

Les conditions de vie dans lesquelles vivent les personnes dépendantes aux drogues, le rendent plus vulnérables. La prise en charge de cette population sous la réduction des risques est rendue plus difficile par le contexte socio-sanitaire et la stigmatisation sociale.

Selon l'association des infirmiers et des infirmières du Canada (2011), « la stigmatisation et la discrimination associées à l'usage de drogues peuvent restreindre l'accès aux soins de santé et avoir une incidence négative sur la santé et le bien-être des personnes concernées » (personnes dépendantes aux drogues) (p.10).

« Il est de plus en plus évident que les attitudes et les expériences négatives ne sont pas des incidents isolés pour les personnes en cause, mais qu'elles se manifestent plutôt dans un contexte culturel où les normes et les politiques jouent un rôle. » (Boyd, 1991 ; Escotado, 1999 ; In l'association des infirmiers et des infirmières du Canada, 2011). (p.11)

Les perceptions négatives des infirmières face aux personnes dépendantes aux drogues, démontrées dans plusieurs études (Lovi & Barr, 2009 ; Neville & Roan, 2014), pourraient influencer négativement l'implantation de la réduction des risques dans les milieux aigus. Par exemple, les infirmières participant à l'étude de Neville & Roan (2014), perçoivent les patients toxicomanes comme étant manipulateurs, grossiers, agressifs et dangereux. Les infirmières de cette étude expriment un manque de connaissance et de formation pour la prise en charge des personnes dépendantes aux drogues.

Les scènes ouvertes de la drogue sont perçues comme étant destructrices pour les consommateurs et une nuisance problématique pour la société (Wall, Clausen, Gjersing & Gossop, 2014).

L'approche de la réduction des risques crée chez les infirmières des conflits de valeurs ce qui peut engendrer des frontières dans la relation infirmière-client. Comme les stratégies de la réduction des risques ne prônent pas l'abstinence, elles peuvent troubler les valeurs des infirmières (caractère illégal des drogues) (Gray, 2014).

Selon le document de travail de l'association des infirmiers et des infirmières du Canada (2011),

Les mesures visant à réduire les méfaits causés par l'usage de drogues illicites ne doivent pas se limiter à des stratégies pour réduire la transmission du VIH ou du VHC : elles doivent inclure des modifications politiques de logement et d'autres politiques sociales pour réduire la vulnérabilité (p.13)

Selon l'étude de Mancini, Linhorst, Broderick & Bayliff (2008), les praticiens ont exprimé deux critiques face à la réduction des risques : le manque de conséquences naturelles à la consommation de drogues et l'ambiguïté de

l'approche. Ces critiques et les perceptions des infirmières face à l'approche de la réduction des risques peuvent être des obstacles à l'implantation de celle-ci.

Les implications pour la pratique

Suite à l'analyse des résultats quelques pistes d'action peuvent être proposées pour améliorer la prise en charge des personnes dépendantes aux drogues dans les milieux aigus.

Selon l'association des infirmiers et des infirmières du Canada (2011), l'approche de la réduction des risques comportent des avantages autant pour les professionnels de la santé que pour les personnes dépendantes aux drogues.

Afin d'offrir une prise en charge appropriée aux personnes dépendantes aux drogues, il est nécessaire que les infirmières acquièrent des connaissances sur l'addiction et l'approche de la réduction des risques, ainsi leurs perceptions pourraient évoluer favorablement. Ford & al (2009) a conclu que la formation seule ne suffit pas pour améliorer les attitudes des infirmières envers les patients dépendants aux drogues. Il faut également qu'elles soient soutenues dans leur activité professionnelle (In Neville & Roan, 2014).

Dans plusieurs études, les praticiens de soins perçoivent des bénéfices de l'approche de la réduction des risques. Selon les recherches de Mancini, Linhorst, Broderick & Bayliff (2008), les praticiens de soins considèrent que la construction de la relation thérapeutique est facilitée par la réduction des risques. Un autre bénéfice ressorti des praticiens de soins est l'attitude non-jugeante envers les personnes dépendantes aux drogues et la favorisation de leur empowerment. L'attitude non-jugeante permettrait également de diminuer la stigmatisation envers cette population.

L'enseignement thérapeutique aux personnes dépendantes aux drogues permettrait de diminuer les comportements à risques liés à la consommation de drogues. Selon Smith, Robinowitz, Chaulk & Johnson (2014), les interventions éducatives visant la prévention des dégâts veineux et des blessures chroniques pourraient représenter des mesures efficaces permettant de diminuer des problématiques de santé associées à la morbidité et à l'invalidité telles que l'infection au VIH et à l'hépatite, les insuffisances veineuses, les endocardites, les abcès et les plaies chroniques

En Suisse, la réduction des risques est appliquée au niveau politique dans le modèle des quatre piliers. Par exemple à Zürich, des stratégies de la réduction des risques ont été mises en place afin de palier à la problématique de la consommation de drogues, par exemple l'héroïne (Waal, Clausen, Gjersing & Gossop, 2014). Ce qui pourrait être aidant à l'implantation de la réduction des risques dans les milieux de soins. Dans notre pays helvétique, un exemple régulièrement cité par rapport à l'approche de la réduction des risques se trouve être l'association Première ligne se situant à Genève. Dans un article paru en 2011, l'association expose différents chiffres démontrant l'efficacité de l'approche et y explique quelques éléments de leur réussite : la chute notoire de la transmission du VIH, l'accès au matériel d'injection stérile, l'acceptation de la révision partielle de la Loi sur les Stupéfiants et le travail régulation avec le pilier « répression » (Première ligne, association genevoise de réduction des risques liés aux drogues, 2011).

Selon l'article de Géraldine Morel, anthropologue, il est difficile d'appliquer l'approche de la réduction des risques, car trop de facteurs politiques, légaux et policiers rentrent en jeu. Collaborer avec une large palette de professionnels en contact avec les personnes dépendantes (policiers, personnel médical, assistants sociaux, éducateurs sociaux et politiques) et avec des perceptions et des objectifs

différents, est compliqué et demande de l'implication de la part de tous les intervenants (Morel, 2012).

Les interventions infirmières dans la réduction des risques sont l'établissement de relations thérapeutiques, les soins infirmiers primaires, l'éducation, le partenariat et l'aiguillage vers les systèmes sanitaires et sociaux (Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I & Pauly, B., 2009). Toutes ces interventions peuvent être transférées en milieu aigu à condition que les professionnels reçoivent une formation abordant la prise en charge de personnes dépendantes aux drogues et l'approche de la réduction des risques, dans le but que leurs perceptions envers cette population évoluent.

Après avoir répondu à notre question de recherche, nous nous questionnons sur deux aspects:

Quelles interventions ou processus pourraient amorcer un changement des perceptions des infirmières en soins aigus face aux personnes dépendantes aux drogues ?

Comment la stigmatisation sociale influence-t-elle les soins aux personnes dépendantes aux drogues ?

Selon Bartlett, Brown, Shattell, Wright & Lewallen (2013), adopter une attitude non jugeante envers les personnes dépendantes et leur démontrer de la bonté et de la compassion, ne les sauvera pas, mais cela pourrait renforcer le soutien aux personnes concernées les plus vulnérables et leur fournir un accès aux soins.

Les limites de la revue de littérature

Cette revue de littérature comporte quelques limites :

Une seule de nos recherches se déroule en Suisse (Zürich), le contexte suisse n'a donc pas pu être abordé. Toutefois en tenant compte des similitudes des contextes sanitaires et politiques entre la Suisse et les pays où se sont déroulées les études des articles analysés, nous avons envisagé une transférabilité des résultats.

Aucune des recherches analysées n'aborde les perceptions des personnes dépendantes par rapport à la réduction des risques. Il aurait été intéressant de les comparer avec les perceptions des infirmières afin de les inclure dans l'offre en soins.

Sur le nombre d'articles analysés, seuls deux ont un devis quantitatif. De ce fait, les résultats obtenus ne sont pas d'un haut niveau de preuves scientifiques, la généralisation des résultats est donc discutée.

Nous n'avons pas non plus recherché d'articles traitant de l'influence de la stigmatisation sociale et des perceptions négatives des infirmières sur les soins aux personnes dépendantes. Il aurait été intéressant de relier cette influence aux articles analysés ayant recherché les perceptions des infirmières.

Les apprentissages réalisés

Rédiger cette revue de littérature nous a permis d'acquérir des compétences méthodologiques comme la recherche d'articles scientifiques dans les banques de données CINAHL et PubMed, l'analyse de ces articles, la synthèse des résultats probants et la problématisation d'une question de recherche. Nous avons pu également amorcer la critique d'articles scientifiques afin d'évaluer leur pertinence et leur utilité pour la pratique. Dans de notre future pratique professionnelle, nous

serons capables de rechercher des données scientifiques en réponse aux problématiques de soins rencontrées.

Nous avons pu acquérir des connaissances théoriques quant à la thématique abordée. Par exemple, les interventions de la réduction des risques que nous pourrions transférer dans notre future pratique professionnelle. Étant donné que nous serons certainement amenées à offrir des soins aux personnes dépendantes aux drogues dans nos différents lieux de pratique. Nous avons pu également comprendre et identifier l'importance du rôle infirmier ainsi que l'influence des perceptions des infirmières sur les soins aux personnes dépendantes aux drogues.

Conclusion

Cette revue de littérature a permis d'explorer une problématique actuelle et de santé publique. La prise en charge des personnes dépendantes aux drogues étant une problématique des soins infirmiers, il a été intéressant d'y répondre sous l'angle de la réduction des risques. Au terme de l'analyse de nos résultats, nous avons pu identifier les obstacles et les avantages de l'implantation de la réduction des risques dans les soins infirmiers. Finalement nous avons pu aborder la transférabilité des interventions de la réduction des risques dans les milieux aigus et ainsi répondre à notre question de recherche.

Les interventions proposées font partie intégrante du rôle infirmier, par exemple établir une relation thérapeutique, créer un partenariat avec la personne soignée, l'aiguillier vers d'autres systèmes socio-sanitaires et prodiguer des soins primaires. L'éducation thérapeutique spécifique à la réduction des risques demande une formation complémentaire. Une formation sur l'approche de la réduction des risques permettrait de faire évoluer positivement les perceptions des infirmières concernant les personnes dépendantes aux drogues.

Au terme de la rédaction de notre travail de Bachelor, nous nous questionnons sur la possibilité de la mise en pratique de nos recommandations et également sur comment faire évoluer les perceptions des infirmières en soins aigus par rapport aux personnes dépendantes aux drogues. Nous pouvons supposer que le changement du plan d'étude cadre de la HEdS en soins infirmiers pourrait jouer un rôle dans ces changements. Un module théorique, abordant les soins aux personnes dépendantes, a été inclus ; un module qui n'existait pas auparavant.

Liste des références bibliographiques

- Bartlett, R., Brown, L., Shattell, M., Wright, T. & Lewallen, L. (2013). Harm reduction: compassionate care of persons with addictions. *Medsurg Nursing*, 22(6), 349-358
- Gagné, L. (2013). Injection supervisée: sous l'oeil du personnel infirmier. *Santé publique*, 10(2), 17-20
- Gowan, T., Whetstone, S. & Andic T. (2012). Addiction, agency, and the politics of self-control: doing harm reduction in a heroin users' group. *Social Science & Medicine*, 74, 1251-1260.
- Gray, M. (2014). Agency and Addiction in a Harm Reduction Paradigm: French Nurses' Perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 35-42
- Kelly, S. (2014). Contingencies of the will: Uses of harm reduction and the disease model of addiction among health care practitioners. *Health*, 1-16
- Laundry, M. & Lecavalier M. (2003). L'approche de réduction des méfaits: un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-14, doi: 10.7202/007187ar
- L'association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites: implications pour les politiques, la pratique, la formation, la recherche en soins infirmiers. Ottawa: Association des infirmières et des infirmiers du Canada.
- Lehman, P. (1998). La politique suisse en matière de drogues et d'autres substances engendrant la dépendance : le point des débats. *Dépendances*, 5, 4-7.
- Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I. & Pauly, B. (2009). Un centre d'injection « insite » à la réduction des méfaits. *Infirmière Canadienne*, 10(4), 13-18.
- Mancini, M., Linhorst, D., Broderick, F & Bayliff S. (2008). Challenges to Implementing the Harm Reduction Approach. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(3), 380-408, doi:10.1080/15332560802224576
- Morel, G. (2012). Marginalité urbaine, espace public et usage de drogues: Lausanne, Automne 2012. *Dépendances*, 48, 6-8
- Monitoring suisse des addictions (2013-2015). *Monitoring suisse des addictions*. Accès: <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/5.html>
- Neville K (PhD) & Roan N (DNP). (2014). Challenges in Nursing Practice Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substances Abuse/Dependence. *The journal of nursing administration*, 44(6), 339-346

- Office fédéral de la santé publique. (2000). *La politique suisse en matière de drogue*. Bern : OFSP
- Organisation mondiale de la santé (2014). *Organisation mondiale de la santé*. Accès: http://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/fr/
- Première ligne, association genevoise de réduction des risques liés aux drogues. (2011). *La réduction des risques liés aux drogues*. Genève: Première ligne, association genevoise de réduction des risques liés aux drogues
- Smith, M., Robinowitz, N., Chaulk, P., & Johnson K. (2014). Self-care and risk reduction habits in older injection drug users with chronic wounds: a cross-sectional study. *Harm Reduction Journal*, 11(28). 1477-7517
- Townsend, M. (2009). *Soins infirmiers : psychiatrie et santé mentale*. (2^{ème} éd.). Québec : ERPI.
- Waal K, Clausen T, Gjersing L & Gossop M. (2014). Open drug scenes: responses of five European cities. *BMP Public Health*, 18, 1-16. doi: 10.1177/1363459314556904
- Wood, A., Wood, E., Lai, C., Tyndall, M., Montaner, J. & Kerr, T. (2007). Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 19, 183-188

Rapport-Gratuit.com

Appendices

Appendice A
stratégies de recherche

Stratégie de recherche numéro 1

Banques de données	Pubmed
Mots-clés	Harm reduction public nuisance
Résultats obtenus	1
Article lu et analysé	Waal K, Clausen T, Gjersing L & Gossop M. (2014). Open drug scenes: responses of five European cities. BMP Public Health, 1-12

Stratégie de recherche numéro 2

Banques de données	CINAHL Complete
MeSH terms	Harm reduction AND recommandations
Résultats obtenus	93
Article lu et analysé	Mancini, M., Linhorst, D., Broderick, F & Bayliff S. (2008). Challenges to Implementing the Harm Reduction Approach. <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i>, 8(3), 380-408, doi:10.1080/15332560802224576

Stratégie de recherche numéro 3

Banques de données	CINAHL Complete
MeSH terms	harm reduction AND nursing
Résultats obtenus	198



Articles lus et analysés	<p>Gray, M. (2014). Agency and Addiction in a Harm Reduction Paradigm: French Nurses' Perspectives. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 28, 35-42</p> <p>Wood, A., Wood, E., Lai, C., Tyndall, M., Montaner, J. & Kerr, T. (2007). Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users : Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. <i>International Journal of Drug Policy</i>, 19, 183-188</p>
--------------------------	---

Stratégie de recherche numéro 4

Banques de données	CINAHL
MeSH terms	Nurses perception AND substance abuse
Résultats obtenus	32
Article lu et analysé	<p>Neville K (PhD) & Roan N (DNP). (2014). Challenges in Nursing Practice Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substances Abuse/Dependence. <i>The journal of nursing administration</i>, 44(6), 339-346</p>

Stratégie de recherche numéro 5

Banques de données	Pubmed
MeSH terms	Behavior, Addictive/prevention and control AND Heroin Dependence/psychology
Résultats obtenus	4
Article lu et analysé	Gowan, T., Whetstone, S. & Andic T. (2012). Addiciton, agency, and the politics of self-control: doing harm reduction in a heroin users'group. <i>Social Science & Medicine</i>, 74, 1251-1260.

Stratégie de recherche numéro 6

Banques de données	Pubmed
MeSH terms	Drug Users/statistics and numerical data AND Risk Reduction Behavior
Résultats obtenus	7
Article lu et analysé	Smith, M., Robinowitz, N., Chaulk, P., & Johnson K. (2014). Self-care and risk reduction habits in older injection drug users with chronic wounds: a cross-sectional study. <i>Harm Reduction Journal</i>. 11(28). 1477-7517

Stratégie de recherche numéro 7

Banques de données	Pubmed
Mots-clé	Harm reduction and disease model
Résultats obtenus	38
Article lu et analysé	Kelly S. (2014). Contingencies of the will: Uses of harm reduction and the disease model of addiction among health care practitioners. <i>Health</i>, 1-16

Appendice B

Grille d'analyse de l'article

Self-care and risk reduction habits in older injection drug users with chronic wounds : a cross-sectional study.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Smith, M., Robinowitz, N., Chaulk, P., & Johnson K. (2014). Self-care and risk reduction habits in older injection drug users with chronic wounds : a cross-sectional study. <i>Harm Reduction Journal</i> . 11(28). 1477-7517
Résumé	<p>Contexte : ils ont interrogé une population de consommateurs des drogues par injection fréquentant le programme mobile de distribution de seringues de Baltimore City afin d'investiguer les facteurs d'auto-soins associés aux plaies chroniques, une cause significative de morbidité, spécialement chez les consommateurs âgés.</p> <p>Méthode : les participants âgés de plus de 18 ans ont répondu à une enquête questionnant sur les plaies chroniques (+ de 8 semaines), les pratiques d'injection et d'hygiène. Les membres de la recherche ont vérifié la présence de plaie. Les participants ont été catégorisés en 4 groupes par âge et statut des plaies. Les facteurs associés à la présence de plaie chez les participants âgés de plus de 45ans ont été analysés en utilisant la régression logistique.</p> <p>Résultats : 19.7% sur 152 participants avaient une plaie chronique. 18 étaient âgés de plus de 45ans. Les individus plus âgés avec une plaie chronique étaient davantage enrôlés dans un programme thérapeutique et utilisaient moins facilement les filtres de cigarettes lors de la préparation de la drogue comparativement au groupe du même âge sans plaie chronique. Comparé aux individus de moins de 45ans sans plaie chronique, les individus de plus ou de 45ans avec plaie chronique rapportent plus facilement nettoyer les seringues réutilisées avec de l'eau de Javel and fréquenter les cliniques plutôt que les urgences, une source de soins médicaux primaires.</p> <p>Conclusions : les consommateurs âgés avec des plaies chroniques ont des comportements d'injection et d'hygiène différents et peut-être moins risqués que leurs pairs plus jeunes sans plaie chronique à Baltimore City. À cause de ces différences, les consommateurs plus âgés avec des plaies chroniques seraient peut-être plus réceptifs aux soins communautaires et les messages de thérapeutiques pour la toxicomanie.</p> <p>Question de recherche : Quels sont les auto-soins et les habitudes de la réduction des risques chez les consommateurs âgés de drogues par injection avec des plaies chroniques ?</p> <p>But de la recherche : investiguer les facteurs d'auto-soins associés aux plaies chroniques, une cause significative de morbidité, spécialement chez les consommateurs âgés.</p>
Introduction Enoncé du problème	Les consommateurs de drogue par injection âgés (IDUs in english) sont un sous-groupe croissant des IDU (consommateurs de drogues par injection) actifs et à la recherche de traitement (<i>Among et al, 2007 ; Beynon et al, 2007 ; Boldiger et al, 2008 ; Boeri et al, 2004</i>). Il est énoncé différents chiffres pour argumenter l'ampleur du problème (consommation de drogues) et le

	<p>lien avec le vieillissement de la population y compris chez les toxicomanes. Les complications sur la santé associées à l'âge et la consommation chronique de drogues pourraient intensifier la marginalisation des IDUs, ce qui pourrait diminuer la qualité de vie, l'accès aux soins et la productivité sociale (<i>Anderson et al, 2003 ; Roe et al, 2010</i>). De plus, la consommation de drogues par injection est associée avec le vieillissement biologique accéléré (<i>Cheng et al, 2013 ; Reece et al, 2007</i>) et les problèmes de santé prématurés normalement associés au vieillissement (<i>Beynon et al, 2009 ; Pieper et al, 2007 ; Rosen et al, 2011</i>). En raison de ces différents parcours de vie et l'évidence que les IDUs ont des taux de mortalité plus élevés, les IDUs sont un intérêt croissant pour la recherche en santé publique et sont définis comme les individus âgés entre 40 et 50ans (<i>Rosen et al, 2011 ; Smyth et al, 2007</i>).</p> <p>En moyenne, les consommateurs âgés reportent une détérioration de leur santé mentale et physique ainsi que leur fonctionnement comparé à la population normale du même âge et du même genre (<i>Grella et al, 2012 ; Hser et al, 2004</i>). Les IDUs rapportent des problèmes de santé tels que des thromboses veineuses profondes, des ulcères, des problèmes respiratoires, du diabète, de l'hypertension, des hépatites, et des cirrhoses du foie (<i>Roe et al, 2010 ; Grella et al, 2012</i>).</p>
Recension des écrits	<p>Les études sur les dégâts veineux et l'insuffisance veineuse chronique chez les IDUs ont révélé que les IDUs développent prématurément l'insuffisance veineuse chronique (<i>Pieper et al, 2002</i>)</p> <p>Certains comportements de consommation de drogues par injection risqués tels que le partage de seringues, les injections sous-cutanées, les injections d'un mélange d'héroïne et de cocaïne, l'usage de filtre de cigarette afin d'élaborer le mélange de la préparation de drogues et les conditions non hygiéniques d'injection, ont été liés aux résultats défavorables tels que les abcès, les infections de la peau et des muqueuses, les ulcères des sites d'injection et les endocardites (<i>Binswanger et al, 2000 ; Elbright et al, 2002 ; fink et al, 2013 ; Hope et al, 2010 ; Murphy et al, 2001 ; Phillips et al, 2010 ; Scott et al, 2005 ; Spijkerman et al, 1996 ; Vlahov et al 1992</i>). Les autorités locales et nationales ont implanté des mesures de la réduction des risques afin de sensibiliser et d'éduquer les IDUs par rapport à ces comportements risqués. Cependant, les efforts ne sont pas focalisés sur la sensibilisation des conséquences à long terme reliés aux dégâts veineux causés par les injections, qui peuvent mener à une insuffisance veineuse chronique et à des ulcères des membres inférieurs (<i>Boeri et al, 2004</i>).</p> <p>L'amélioration de la compréhension des comportements des IDUs âgés pourraient aider l'information des stratégies de prévention et les traitements liés à la peau ainsi qu'à la consommation de drogues pour les individus vivant avec des plaies chroniques (</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le vieillissement, les auto-soins, la réduction des risques, la prévention et la promotion de la santé, les plaies chroniques, la consommation de drogues par injection
Hypothèses	Il est important que les personnes pratiquent les auto-soins.

	En comparant les UDI plus âgés souffrant de plaies chroniques à leurs pairs de même âge sans plaies chroniques et aux jeunes UDI avec et sans plaies, ce groupe de personnes âgées avec des plaies chroniques apparues, ont adopté des comportements qui étaient plus conformes aux habitudes d'auto-soins et des pratiques d'injection moins risquées. Ils étaient plus susceptibles d'avoir un logement stable, d'utiliser une clinique plutôt qu'une salle d'urgence comme la principale source de soins médicaux, de participer à un programme de traitement de la toxicomanie, de nettoyer les aiguilles avec de l'eau de Javel, et nettoyer le site d'injection avec de l'alcool avant l'injection, moins susceptibles d'avoir été en prison et d'utiliser des filtres à cigarettes pour préparer la drogue.
Méthodes Devis de recherche	Qualitative, étude transversale
Population et contexte	152 participants, des consommateurs actifs de drogues par injection âgés de plus de 18ans. 73 participants étaient âgés de moins de 45 ans 79 participants étaient âgés de plus de 45 ans Le programme mobile de distribution de seringues de Baltimore City (USA), 5 différents sites d'échange
Collecte des données et mesures	Enquête comportant les items suivants : données démographiques, les comportements d'injection, les soins avant l'injection, l'historique de la plaie, les soins de plaies, and l'historique médical général. Les chercheurs ont vérifié visuellement la présence de plaies chroniques. <i>Les participants ont été catégorisés en 4 groupes</i>
Déroulement de l'étude	De mai 2012 à novembre 2013 (19 mois) Durée de l'enquête : 20 minutes approximativement Consentement éclairé Une carte cadeau de 10 dollars dans un magasin local offerte à chaque participant L'étude a été approuvée par le comité de révision de l'institut de médecine de Johns Hopkins
Résultats Traitement des données	Odds ratios ont prédit les risques de résultats intéressants avec un intervalle de confiance de 95% T-test ont été utilisés afin de comparer les significations des proportions entre et ou Traitement statistique et régression logistique (rapport de chances) P value ≤ 0.05 est considéré comme significatif statistiquement L'analyse statistique a été effectuée par le logiciel Stata 12
Présentation des résultats	Différents tableaux : pourcentages Tableau 1 : les données démographiques, les comportements médicaux et d'injection par âge et le statut de plaie chronique Tableau 2 : comparaison entre les consommateurs âgés avec des plaies chroniques et les jeunes consommateurs sans plaie

	<p>chronique</p> <p>Tableau 3 : comparaison entre les consommateurs âgés avec plaies chroniques et les consommateurs âgés sans plaies chroniques</p> <p>Tableau 4 : comparaison entre les consommateurs âgés avec plaies chroniques et les jeunes consommateurs avec plaies chroniques</p> <p>La prévalence des plaies chroniques était de 19.7%.</p> <p>12 individus avec plaies chroniques étaient plus jeunes que 45ans</p> <p>18 individus avec plaies chroniques étaient plus âgés que 45ans (11.8%) → focalisation sur ce groupe</p> <p>94.4% ont rapporté avoir un domicile fixe</p> <p>27.8% ont rapporté un taux de prévalence VIH</p> <p>Ils ont rapporté également de longs historiques de consommation de drogues par injection, la plupart s'injectent depuis 15 ans.</p> <p>Les comportements d'injections les plus fréquents sont : injection journalière d'héroïne (72.2%), injection journalière de speedball (55.6%), les injections dans la jambe (61.1%) et désinfecter le site d'injection avec de l'alcool (72.2%). 50% des participants (9/18) ont rapporté réutiliser leurs aiguilles, 7 sur les 8 ont rapporté désinfecter leurs aiguilles à l'eau de javel avant de les réutiliser.</p> <p>Les consommateurs âgés présentant des plaies chroniques réutilisent moins facilement leurs aiguilles que leurs pairs sans plaies chroniques et que les consommateurs plus jeunes sans plaies chroniques.</p> <p>Les consommateurs âgés présentant des plaies chroniques ont plus facilement un domicile fixe et vont plus facilement dans une clinique plutôt que les urgences que les consommateurs plus jeunes sans plaies chroniques.</p> <p>Comparé aux consommateurs plus jeunes sans plaies chroniques, ils participent davantage à un programme thérapeutique pour l'abus de substance, s'injectent plus facilement quotidiennement des speedball, s'injectent dans les jambes et désinfectent leurs aiguilles avec de l'eau de javel avant leur réutilisation. De plus, ils ont moins été en prison plus de 24 heures durant les derniers 6 mois et ils utilisent moins facilement les filtres à cigarettes pour la préparation de la drogue.</p> <p>Les participants plus âgés que 45ans, qui ont des plaies chroniques sont plus facilement dans un programme thérapeutique pour l'abus de substance, s'injectent plus facilement dans les jambes ou dans la nuque comparé aux consommateurs du même âge sans plaie chronique.</p> <p>Comparé aux consommateurs plus jeunes avec des plaies chroniques, les consommateurs âgés s'injectent plus facilement dans les jambes et désinfectent plus facilement le site d'injection avec de l'alcool.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des</p>	<p>La forte prévalence des plaies chroniques dans la communauté recrutée d'IDU, population de l'étude (19.7%) et la représentation disproportionnée des IDU plus âgés souffrant de plaies chroniques (60%), suggère la nécessité d'interventions ciblées pour améliorer la prise de conscience des dommages liés à l'injection veineuse et aux plaies chroniques chez les IDU,</p>

concepts	<p>pour mieux prévenir et traiter cet état.</p> <p>Une fois tous les groupes comparés au groupe focus, il apparaît que le groupe focus est davantage engagé dans des comportements qui sont plus cohérents, adéquats avec des habitudes d'auto-soins et liés à des pratiques d'injection moins risquées.</p> <p><i>Les consommateurs âgés étant dans une différente étape de leur vie et comme ils ont survécu pendant plusieurs années avec des problématiques de santé liées à leur toxicomanie, ils ont peut-être mieux appris à d'adapter à leur toxicomanie et à leurs états de santé chroniques que les jeunes consommateurs.</i></p>
Perspectives futures	<p>Limitations de l'étude : <i>les participants sont déjà dans un programme de réduction des risques (éducation) ce qui n'est pas représentatif des auto-soins des consommateurs qui n'y ont pas accès et le petit échantillon de participants avec des plaies chroniques. Malgré ces limitations potentielles, nous avons rapporté pour la 1^{ère} fois, les comportements d'auto-soins des consommateurs âgés de drogues par injection vivant avec des plaies chroniques dans une unité mobile de distribution d'aiguilles à Baltimore City.</i></p> <p><i>Nos résultats suggèrent que les consommateurs âgés avec des plaies chroniques ont peut-être des comportements différents en matière de pratiques d'injection et d'hygiène, voire risqués que leurs pairs sans plaies chroniques et les consommateurs plus jeunes sans plaie chronique.</i></p> <p><i>Ce sous-groupe (IDU âgés avec plaies chroniques) va aussi probablement plus s'engager dans des relations significatives (bénéfiques) et dans des alliances thérapeutiques avec des fournisseurs médicaux pour aborder la consommation de drogues et/ou d'états de santé précédemment négligés.</i></p> <p><i>Les interventions futures de réduction des risques et de santé publique visant la sensibilisation des liens connus entre des pratiques d'injection, des dégâts veineux et des blessures chroniques parmi les IDUS qui ont récemment débuté la méthode par injection et parmi les IDUS qui a un plus grand historique d'injection pourraient représenter des mesures de valeur pour empêcher les blessures à long terme associées à la morbidité et à l'invalidité. Les programmes de réduction des risques devraient considérer d'inclure de telles informations éducatives (enseignements) et des références aux centres de soins de plaies locaux lors de leurs rencontres avec les IDUs.</i></p>
Questions générales	Résultats bien visibles en tableaux
Présentation	Structure article scientifique respectée
Evaluation globale	<i>Résultats intéressants pour argumenter les interventions de la réduction des risques en lien avec la prévention des plaies.</i>

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Appendice C

Grille d'analyse de l'article

Challenges in Nursing Practice Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substances Abuse/Dependence.

Grille de lecture d'un article scientifique Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Neville, K (PhD) & Roan, N (DNP). (2014). Challenges in Nursing Practice Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical-Surgical Patients With Substances Abuse/Dependence. <i>The journal of nursing administration</i> , 44(6), 339-346
Résumé	<p>Objectif : investiguer les perceptions des infirmières par rapport aux soins prodigués aux personnes toxicomanes hospitalisés dans les services de chirurgie.</p> <p>Méthode : utilisant une approche qualitative et inductive</p> <p>Résultats : les analyses ont révélé le devoir éthique des soins, les perceptions négatives, le besoin de plus de formation (éducation), sympathie (compassion) et la problématique de la gestion de la douleur. Procurer des soins de qualité aux patients toxicomanes dans les services de chirurgie est un défi pour les soins. Les infirmières ont besoin d'une formation dans les addictions ainsi qu'un soutien professionnel pour prendre soin de ces personnes</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>L'organisation mondiale de la Santé a indiqué qu'il y avait plus de 2 milliards d'utilisateurs d'alcool et 185 millions d'usagers de drogues dans le monde entier, dans la population générale.</p> <p>Il y a une hausse dans les troubles de toxicomanie, avec une estimation que 20% à 50% des patients hospitalisés manifestent des troubles de toxicomanie.</p> <p>Avec l'incidence des dépendances aux substances illicites à la hausse et la problématique de la toxicomanie fréquemment identifiée dans la pratique infirmière, il existe le besoin d'explorer d'avantage les perceptions des infirmières concernant les soins pour cette population ainsi que leurs stratégies développées pour soutenir la prestation sécuritaire et des soins de qualité.</p>
Recension des écrits	<p>Peu de recherches sur les perceptions des infirmières qui dispensent de soins aux patients ayant une dépendance ou toxicomanie, hospitalisés en médecine et chirurgie.</p> <p>Lovi et barr ont mené une étude phénoménologique dans le but d'explorer les expériences des infirmières travaillant dans une unité d'addictions. Lors d'entretiens avec 6 infirmières, les grands thèmes suivants ont émergés :</p> <p>Jugement inapproprié, le plaidoyer infirmier et la nécessité de formation continue</p> <p>Une des conclusions principales a été que les infirmières estiment que la stigmatisation dirigée vers cette population reste. Les infirmières ont signalé des cas de jugement inapproprié. Par exemple, les patients accusés faussement avec des objets manquants ou détériorés ou que la croyance que comme l'abus de dépendance est auto-infligée, ces personnes ne doivent pas recevoir des soins à l'hôpital. Malgré la stigmatisation qui se reflète à travers leurs entretiens, les infirmières ont reconnu l'importance du rôle en tant que défenseurs du patient afin de garantir des interventions efficaces. Les infirmières de l'étude ont exprimé la déception face à leur manque de connaissances concernant le rôle des infirmières dans le traitement de la toxicomanie, dépendance, et ainsi que les attitudes qui soutiennent l'image stéréotypée des personnes atteintes de dépendance.</p> <p>Ford et al (2008) ont mené une étude multivariée pour étudier les déterminants de l'attitude thérapeutique des infirmières pour les patients qui ont abusé de drogues et d'examiner les stratégies efficaces pour le développement du personnel.</p> <p>Exigences de rôle de base composées de 3 éléments : rôle de soutien, le nombre d'heures d'éducation sur les drogues et l'alcool et la façon dont les infirmières ont récemment reçu cette formation, expériences avec cette population de patients.</p> <p>Le rôle de soutien a été opérationnalisé en 3 items : l'évaluation des perceptions des infirmières d'avoir d'autres soutiens de</p>

	<p>conférer avec des difficultés en ce qui concerne les patients, la clarification des responsabilités professionnelles, et la détermination de la meilleure pratique pour cette population complexe. La majorité des infirmières étaient des femmes, travaillant en médecine, chirurgie, impliquées dans les soins directs aux patients dans le secteur public.</p> <p>Les infirmières ont déclaré que leur éducation sur les drogues et l'alcool était rare, avec seulement 22% déclarant avoir une éducation dans les 12 mois précédents. Les caractéristiques personnelles ne sont pas associées avec l'attitude thérapeutique, tandis que les attitudes des infirmières face aux drogues illicites ont été liées à l'attitude thérapeutique. L'attitude thérapeutique a été définie comme l'intention des infirmières de s'engager avec le patient. Dans cette même étude, l'analyse a révélé que 53% de la variance des attitudes des infirmières, a été expliquée par les facteurs en milieu de travail. Le facteur le plus important identifié était le soutien. Un modèle contenant à la fois l'éducation et le soutien de rôle a été développé, suite aux besoins des infirmières qui ont déclaré ne pas avoir de soutien, et qu'un plan de soins aux patients était le facteur le plus important lié à l'attitude thérapeutique.</p> <p>Ford et al (2008) a conclu que pour aider les infirmières à améliorer les soins aux patients atteints de toxicomanie, dépendance, l'attention devait se concentrer sur la préparation professionnelle et le soutien des infirmières. Le fait de fournir une meilleure éducation ne suffit pas à améliorer les attitudes des infirmières envers les patients. Ford et al a indiqué que seulement la présence d'un soutien modéré et élevé ainsi que l'éducation sur l'alcool et les drogues peuvent faciliter l'attitude thérapeutique.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Perceptions des infirmières, attitude thérapeutique Les différents concepts sont peut décrits.
Question de recherche	Quelles sont les perceptions des infirmières dans les soins aux personnes hospitalisées en chirurgie et dépendantes à une substance ?
Méthodes Tradition et devis de recherche	Approche qualitative inductive
Population et contexte	<p>Echantillon de 24 infirmières, questionnaire concernant leurs perceptions des soins aux patients toxicomanes hospitalisés. Majorité des femmes (96 % ; n = 23). L'origine raciale des participants était relativement homogène avec des infirmières à prédominance blanche (n = 17), et le reste des infirmières venaient d'Asie (21 % ; n = 5) ou américaines ou natives de l'Alaska (8 % ; n = 2).</p> <p>Les âges des infirmières participants ont été modifiés, avec 10 infirmières allant de 20 et 40 ans, 6 infirmières entre 41 et 50 ans, et 8 infirmières entre 51 et 55 ans. La majorité des infirmières tenue expérience substantielle allant de 11 à 30 ans d'expérience (75 % ; n = 18), 3 infirmières avaient 6 à 10 ans d'expérience, et seulement 3 infirmières de moins de 5 ans d'expérience en soins infirmiers.</p> <p>5 unités d'hospitalisation : médecine, chirurgie, neurologie, orthopédie et oncologie.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Questionnaires. Questions identifiées à partir des lacunes de la littérature concernant les perceptions des soins aux patients toxicomanes.</p> <p><i>Questions : (1) Quelles sont vos pensées et sentiments sur le travail avec les patients atteints de toxicomanie et / ou des problèmes de dépendance dans les milieux hospitaliers? (2) Comment le fait de s'occuper d'un patient toxicomane/ dépendant influence vos soins infirmiers dispensés aux patients hospitalisés?</i></p>

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Reconnaissant que le risque de suicide est augmenté chez les patients ayant des comorbidités liés à la toxicomanie et à la dépendance et étant physiquement malade, des questions supplémentaires ont été posées.</p> <p>Les questions de recherche ont été identifiées à partir de lacunes dans la littérature concernant les perceptions des soins aux patients atteints de maladie physique et concomitante à toxicomanie.</p> <p>Ont reçu l'approbation institutionnelle du conseil de l'institution universitaire et du centre médical de la communauté dans laquelle l'étude a été menée.</p> <p>Aucune unité d'addictions. Ils ont identifié les problèmes de toxicomanie, dépendance, en regardant les antécédents des patients et des dossiers médicaux, non détectés au moment de l'admission.</p> <p>Lors d'une réunion régulière du personnel, l'étude a été introduite pour les infirmières participantes par l'investigateur principal Coy, et une lettre d'introduction a fourni les explications sur le but et la nature de l'étude, les dispositions volontaires, la confidentialité, et le droit de se retirer de l'étude.</p> <p>Les infirmières ont été informées que la collecte de données prendra environ 15 minutes.</p> <p>L'utilisation du formulaire de consentement, les données étaient confidentielles, et seuls les chercheurs principaux ont accès aux données. Pas de noms utilisés. Mais les renseignements démographiques pouvaient permettre à l'investigateur principal d'identifier les infirmières participantes en fonction de leurs informations.</p> <p>Après l'introduction de l'étude les infirmières ont été invitées à retourner des questionnaires dans une enveloppe sécurisée. 24 infirmières ont répondu aux questions de recherche sur leurs perceptions aux soins aux patients atteints de toxicomanie, dépendance.</p>
<p>Rigueur</p>	<p><i>Confidentialité, accord institution, questionnaire anonyme</i></p>
<p>Résultats Traitement des données</p>	<p><i>Afin de soutenir la crédibilité des regroupements, des infirmières expertes en méthodologie et en pratique clinique ont pu donner leurs avis sur les différents thèmes catégorisant les réponses.</i></p>

Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont présentés en 2 tableaux.</i></p> <p><i>1er tableau : question principale : quelles sont vos pensées et sentiments de travailler avec des patients ayant des problèmes de toxicomanie et de dépendance ? en 4 regroupements :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>devoir éthique des soins</i> • <i>les perceptions négatives sur les patients ayant une dépendance aux substances</i> • <i>besoin d'éducation</i> • <i>préoccupations</i> <p><i>2ème tableau : question principale : comment le fait de prendre soin des patients étant une dépendance aux substances, influencent vos soins infirmiers ? en 3 regroupements :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>incongruence entre l'évaluation et la gestion de la douleur</i> • <i>obligation éthique des soins</i> • <i>défis des soins</i>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Deux questions ouvertes ont sollicité les perceptions des infirmières dans les soins pour patients atteints de toxicomanie, dépendance. Ces déclarations représentaient une large catégorie de défis dans les soins et ont traitées de nombreux aspects des soins comme : la peur, la sécurité, la frustration, le manque d'éducation, et de la perception d'être manipulé.</p> <p><u>La sécurité était une préoccupation pour les infirmières.</u></p> <p>Selon le Conseil international des infirmières, 11 infirmières sont confrontés à plus de dangers que soit des policiers ou des gardiens de prison.</p> <p>Prendre soin des patients souffrant de toxicomanie, dépendance est difficile pour les infirmières. Elles ont rapporté que ces patients étaient exigeants et indignes de confiance. Les infirmières ont décrit être souvent manipulées. Certaines ont décrit un sentiment de futilité dans les soins. Ces résultats sont cohérents avec un examen systématique d'identification qui, en général, démontre que le personnel de santé possèdent des attitudes négatives envers les patients ayant des problèmes de toxicomanie / dépendance en raison de leur perception de ces patients comme étant manipulateurs, grossiers, agressifs et dangereux. La manipulation est fréquemment citée par les infirmières dans cette étude.</p> <p>Un thème a été exprimé comme incongruent : l'évaluation et la gestion de la douleur. Les infirmières ont exprimé une disparité entre leur propre évaluation professionnelle et les besoins des patients, en particulier lors de la détermination de l'analgésie nécessaire par rapport aux commandes prescrites et les demandes des patients .elles ont rapporté qu'à accéder aux demandes des patients peut contribuer à la dépendance, en dépit de leur jugement des soins infirmiers. L'écart entre la douleur reconnue des patients et l'observation de l'infirmière est différente et représente un conflit moral. Non résolu, le conflit peut contribuer à la détresse morale des soins infirmiers et les soins aux patients est compromis. Avoir le soutien des autres infirmières et des membres de l'équipe interprofessionnelle est recommandé pour gérer l'incertitude et des programmes de formation en soins infirmiers devraient être créés pour aider les infirmières à acquérir des compétences dans la formulation et la gestion de leur incertitude et d'utiliser des preuves pour guider la pratique. Les infirmières ont signalé un manque de connaissances spécifiques des troubles psychiatriques et des addictions aux substances.</p> <p>Ford et al (2008) ont identifié que l'éducation seule ne suffit pas à améliorer les attitudes des infirmières vers les patients atteints de toxicomanie. Avec l'éducation, il est essentiel que les infirmières aient le soutien, avec qui collaborer et gagner l'expertise de la pratique.</p>

Perspectives	L'enquête qualitative a révélé de multiples défis dans la prestation des soins, mais le professionnalisme a prévalu. Les infirmières ont exprimé des attitudes négatives à des défis en matière de soins auprès des patients souffrant de toxicomanie-dépendance, et en particulier les questions de sécurité, la peur, la manipulation, les dilemmes de soins, et la nécessité de l'éducation. Cohérents avec la littérature existante, les résultats soutiennent la nécessité de renforcer les dispositions éducatifs aux infirmières, à la fois dans la préparation de l'éducation de base et continue des offres éducatives, ainsi que le développement et/ou l'amélioration des réseaux de soutien dans le milieu de la pratique.
Questions générales Présentation	L'article se présente sous une forme respectant les normes des articles scientifiques, avec les parties telles que ; résumé, introduction, état des connaissances, méthodes, résultats, discussions.
Evaluation globale	Article scientifique de qualité qui fournit des résultats probants.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Appendice D

Grille d'analyse de l'article

Addiction, agency, and the politics of self-control: doing harm reduction in a heroin users' group

Grille de lecture d'un article scientifique Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Gowan, T., Whetstone, S. & Andic T. (2012). Addiction, agency, and the politics of self-control: doing harm reduction in a heroin users' group. <i>Social Science & Medicine</i> , 74, 1251-1260.
Résumé	<p>En 2007-2009, l'ethnographie a décrit et analysé la pratique de la réduction des méfaits dans une population consommant d'héroïne dans le Midwest des Etas-Unis.</p> <p>Les interventions de lutte contre la toxicomanie dominantes ont conceptualisé le toxicomane comme impuissant - soit par faiblesse morale ou physique - ce groupe a contesté ce «bon sens», le traitement de l'utilisation de drogues illicites comme l'une des nombreuses façons dont les individus modernes tentent de "combler le vide."</p> <p>Insistant sur la stigmatisation de la toxicomanie et de la normalisation de l'usage de drogues illicites, le groupe a aidé ses membres à travailler la vie de ses membres, leur travail a suggéré que le groupe des utilisateurs a beaucoup fait pour restaurer le respect de soi, la subjectivité rationnelle, et l'autonomie à un groupe traditionnellement représenté comme incapable de raisonnement et de l'auto-contrôle.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>L'interdiction a tendance à faire surface pendant le conflit et le changement rapide. Dans le premier cas de l'histoire mondiale, les marchands ascétiques de la foi Islamique se sont définis en opposition aux classes dirigeantes décadentes qu'ils ont supplantées à travers l'Europe de l'Est, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (Jay, 2010).</p> <p>Plus récemment, les campagnes pour l'interdiction ou la modération de l'alcool, ont marqué des tentatives similaires que les anglo-saxons protestants blancs pour créer et discipliner des classes de travail industrielles modernes, leur enseigner à renoncer à la taverne pour une sphère domestique idéalisée (Epstein, 1981 ; Gusfield, 1986 ; Harrison, 1971).</p> <p>Pourtant le capitalisme industriel propulsé par des élites de Protestants met aussi des forces très différentes en mouvement. D'immenses bouleversements sociaux – l'urbanisation rapide, la migration en masse, et les horreurs de la guerre moderne – ont fortement disloqué l'humanité des sortes de systèmes de commandes ritualisées qu'ils ont construit autour des cultures de drogues précédentes (Samson, 2004).</p> <p>Le Suisse a pris la tête dans la disposition de fournir des pièces de consommation de drogue à la fin des années 1980 (Stoeber, 2002; Zurhold, Degkwitz, Verthein et Haasen, 2003) et dans le changement pour prescrire l'héroïne en partant du principe qu'il a produit des effets secondaire moins problématiques que la méthadone (Haemmig, 1995; Klingemann, 1996).</p>
Recension des écrits	L'approche de réduction des méfaits de la consommation de drogues a d'abord été développée chez les héroïnomanes néerlandais dans les années 1970. L'original "Junkiebond" de Rotterdam s'est répandit très vite en une Fédération nationale qui a négocié avec succès la dépénalisation substantielle, la prescription de méthadone, et la fourniture d'aiguilles et de seringues propres. La nouvelle approche sest propagée rapidement à travers l'Allemagne, l'Autriche, la Suisse, le Royaume-Uni, la France et d'autres pays d'Europe du Nord (Des Jarlais, Friedman, et Ward, 1993; Inciardi & Harrison, 1999; Van Solinge, 1999), et ses principes ont été étendus à d'autres domaines tels que les interventions de travailleurs du sexe (Rekart, 2006) et l'éducation sexuelle auprès des adolescents (Bunton, 2001).
Cadre théorique ou conceptuel	Réduction des méfaits. Les interventions sont souvent décrites, comme par exemple, fournir du matériel stérile. Dans le texte l'accent est mis sur l'échange de seringues.

Question de recherche	Le but de l'étude étant de faire la réduction des méfaits dans un groupe d'héroïnomanes par le biais d'un site qui a comme caractère la réduction des méfaits, étant à but non-lucratif, et qui est le premier site où il y a eu l'échange de seringues drop-in dans une ville du Midwest.
Méthodes Tradition et devis de recherche	En analysant les notes et les transcriptions d'entretien, elles ont combiné des stratégies théoriques et inductives.
Population et contexte	<p>Tanja Andic et Sarah Whetsone ont poursuivi 18 mois de travail sur le terrain ethnographique aux Points de Rapport de décembre 2007 à juillet 2009.</p> <p>Le groupe a été suivi par les adultes âgés de 17-75 ans, mais la majorité des membres ont entre 25 et 40. Il y avait un peu plus d'hommes que de femmes. Environ quatre sur cinq des utilisateurs semblaient être les Américains blancs, avec à peu près une autre quinze pour cent afro-américaine et un petit nombre de personnes d'origine amérindienne ou multi-ethnique.</p>
Collecte des données et mesures	Il n'y a pas eu des informations personnelles détaillées sur les groupes, mais elles ont pu offrir une esquisse provisoire des membres du groupe de la démographie et des situations de vie.
Déroulement de l'étude	<p>Tanja Andic et Sarah Whetstone ont poursuivi 18 mois de travail sur le terrain ethnographique aux Points de Rapport de décembre 2007 à juillet 2009.</p> <p>Elles ont assisté aux réunions hebdomadaires et Tanja est devenu un membre régulier de la communauté de change. Ces visites régulières les ont aidés à distinguer des moments plus particuliers d'affaires courantes et distinguer des courants différents dans l'échange, comme des espaces différents et des fonctions ont apporté des rôles distincts et les façons d'observation à l'antérieur.</p> <p>En 2009, le projet a été élargi quand elles ont enregistré 45 entretiens semi-structurés allant de 40 min à 3,5 h avec les membres du groupe en dehors du cadre de l'échange.</p> <p>Tanja, Sarah, et l'un transcripateur embauché transcrit les enregistrements y compris en particulier de longues pauses et les inflexions.</p> <p>Leur objectif était d'interviewer autant de groupe des membres des utilisateurs réguliers que possible; de voir si et comment les pratiques et les principes de réduction des méfaits en forme leurs vies et identités de tous les jours. Leurs taux de réponse était de près de 100%: ils ont approché 46 des quelque 50 participants de groupe régulières pour des entrevues, et tous ont accepté de participer à l'étude, à l'exception d'un ancien membre du personnel qui a été incapable de compléter une entrevue formelle due à la délocalisation.</p> <p>Pour cette recherche, elles ont obtenu le consentement écrit de l'institution et de personnes interrogées, et le consentement verbal pour l'observation ethnographique des participants du groupe et du personnel, et de toutes les stratégies qui ont été approuvées par le comité d'éthique de leur université.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Selon plusieurs catégories.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déstigmatisation 2. Rationalité, réflexivité 3. Non-jugement et auto-évaluation 4. Repenser la toxicomanie, déménager le toxicomane 5. Notion large de préjugés 6. Solidarité

Présentation des résultats	<p>Il n'y a pas de présentation résultats dans l'article. Elles ont montré que la réduction des méfaits n'était pas l'échange de seringues mais la déstigmatisation du toxicomane. Puis dans la deuxième partie elles ont exploré comment la construction du toxicomane avec l'agence subjective permettait la reconceptualisation du mal. Catégorisés en plusieurs items.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déstigmatisation Les toxicomanes dans la vie américaine rencontrent la stigmatisation sociale de routine comme un déviant, criminel, et sous-population à risque (Peretti-Watel & Moatti, 2006; Radcliffe & Stevens, 2008). Sans surprise, l'impuissance conféré toxicomanes au sein de la culture populaire et le traitement courant tend à agir comme un obstacle à la recherche de l'aide sur l'abus des drogues (Radcliffe & Stevens, 2008; Weinberg, 2000). Ponits de connexion ont traité la stigmatisation de deux manières très différentes: en maintenant de l'anonymat auprès du public et, inversement, de créer un espace social pour les utilisateurs de drogues actifs. Il a opéré d'un petit immeuble de briques, assis discrètement sur une rue commerciale très fréquentée, accessible uniquement par une ruelle. L'entrée arrière du site conduit directement à la réclusion privée de la salle de change, destiné à apaiser les craintes des membres sur la honte sociale associée à l'injection de drogue, que ce soit avec l'héroïne, la vitesse, ou des hormones. Aucun nom ou données privées n'ont été prises afin d'échanger. Au lieu de cela, un code personnel a été utilisé pour suivre combien de fois quelqu'un utilise les services à des fins de subvention. 2. Rationalité, réflexivité Les membres du groupe ont partagé des stratégies de gestion des risques, des plans pour la navigation dans les tensions quotidiennes de contrainte et de contrôle. Pour de nombreux membres, pratiquer les stratégies de contrôle supplémentaire qu'ils ont appris dans le groupe de la réduction des méfaits a renforcé un nouveau sens de soi. 3. Non-jugement et auto-évaluation « Non-jugement » était un principe de base du groupe de soutien. En fait, en évitant le jugement des déclarations et des comportements, des autres, constituait la seule règle du jeu. L'idée ressortie est que le progrès vient par petites étapes et diverses formes. 4. Repenser la toxicomanie, déménager le toxicomane La philosophie de la gestion quotidienne de la drogue du site la logique de liaison de réadaptation conventionnelle en autorisant les membres du groupe de conceptualiser l'usage de drogues comme un continuum où addiction et «sobre» ne sont pas clairement définis. Personnes distinguées qui avaient utilisées la nuit dernière de ceux qui avaient utilisé la dernière fois il y a quinze ans, est très différent de la valorisation de Alcoooliques anonymes de ceux avec des périodes plus longues de sobriété. Plutôt que de représenter une transgression potentiellement dévastatrice d'un état normalisé de l'abstinence, il a été interprété dans un continuum allant de "plus sûr" à "plus nocif." 5. Notion large de préjudices La préoccupation d'autres qui nuisent à la réduction avec les utilisateurs sans-abris peut représenter une «aide passante » un faible coût micro-intervention qui obscurcit la marginalisation structurelle profonde que de nombreux toxicomanes font face. 6. Solidarité En identifiant les utilisateurs de drogues plutôt que parias "toxicomanes", et revendiquant les droits fondamentaux et le traitement respectueux, le groupe des utilisateurs est ouvert au terrain pour les plaintes énergiques. Membres racontant des histoires de frustration et d'interactions négatives avec les agents de police étaient généralement remplies avec des mots de sympathie des autres avec des expériences similaires.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Le site offre aux utilisateurs de drogues américains une rare humanité dans une société où la capacité d'auto-contrôle est une marque de la personnalité et de définir la valeur morale. La droite politique essaie d'affiner la conception de l'agence dans un choix moral entre le péché et la "prise de responsabilité", tandis que les modèles basés sur la santé ont tendance à individualiser à la fois la cause et le remède de problèmes sociaux dans un vide aseptique. Pourtant notre cas démontre que les institutions de protection sociale contemporains ne doivent pas offrir à ses clients le choix entre habiter sombre péché volontaire ou d'une

	<p>pathologie impuissants (Gowan, 2010; Lyon-Callo, 2004; Schram, 2000).</p> <p>Plutôt que de fixer l'autonomie individuelle et le droit social dans une relation à somme nulle, le site a essayé de construire les deux simultanément. Et en effet, pour la plupart des utilisateurs de drogues qu'ils ont interrogé, entrer en contact avec l'échange de seringues a marqué la première fois qu'ils étaient capables de se voir comme ayant un droit valable aux ressources sociales. L'idée que les «accros» avaient le potentiel pour prendre des décisions rationnelles et même moraux sur leurs actions évoquées la possibilité d'inclusion sociale comme des êtres civilisés, et la réciprocité nourrie par le groupe leur a fallu beaucoup plus loin le long de cette route. Une fois qu'ils ont commencé à se voir comme ayant droit à des seringues propres, ils ont commencé à envisager d'autres droits de citoyenneté ainsi le soutien e du logement, des possibilités d'emploi, et le soutien économique e citoyenneté sociale de base, comme TH Marshall aurait observé.</p> <p>Aux États-Unis au moins, ces principes ont longtemps passé de mode. Il a été depuis plusieurs décennies un "bien-être" perdu un large soutien public, refondu à partir d'un filet de sécurité supportant la masse de la population à un mot de code pour l'aide publique accordée aux femmes célibataires. L'État-providence toujours inégale et incomplète a été remplacé par un workfare state néo-victorien qui attaque les droits collectifs comme des privilèges spéciaux, élargit le système pénal au détriment de la protection sociale reste, et cohérente représente les pauvres comme incompetents et moralement dégénérés (Collins & Mayer, 2010; Schram & Soss, 1998; Wacquant, 2008).</p>
Perspectives	Malgré le dévouement du personnel ainsi que la sécurisation des ressources pour leur clientèle, le petit budget et la traction limitée dans le domaine des services sociaux qui leur sont accordés ont peu de puissance pour pour amener leurs clients à de nouveaux lieux sociaux.
Questions générales Présentation	L'article contient : le résumé, l'ntroduction, les méthodes ainsi que la discussion. Les résultats ne sont pas mentionés comme résultats, il est difficile de les voir, car ils sont notés en plusieurs catégories.
Evaluation globale	L'article est basé sur les Etats-Unis, et non pas en Suisse.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Appendice E
Grille d'analyse de l'article
Contingencies of the will: Uses of harm reduction and the disease model of addiction among health care practitioners

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Kelly, S. (2014). Contingencies of the will: Uses of harm reduction and the disease model of addiction among health care practitioners. <i>Health</i> , 1-16
Résumé	<p>Résumé</p> <p>Le concept de dépendance comme une maladie devient fermement établi dans la connaissance médicale et la pratique en même temps que les logiques de l'approche de réduction des risques gagnent l'acceptation plus large. Comment les praticiens de services médicaux comprennent et interviennent sur l'utilisation de drogues parmi leurs patients est compliqué par ces deux modèles. Tandis que la réduction des risques peut être comprise comme une forme de gouvernementalité où les individus d'usage de la drogue expriment leur autonomie réglée par l'auto-gouvernance, la notion de dépendance comme une maladie enlève l'option d'auto-gouvernance par la négation de la volonté de l'individu. Par les analyses des entrevues qualitatives menées auprès des 13 praticiens de santé qui fournissent des soins pour les personnes économiquement marginalisées qui utilisent des drogues à New York, il a été constaté que l'absence de volonté articulée dans les constructions de la dépendance, que la maladie a offert une passerelle par laquelle les praticiens de soins pourraient apporter dans les engagements idéologiques liées à la réduction des méfaits, comme la déstigmatisation de la consommation de drogues. Malgré les différences dans l'attribution de l'agence, ces deux approches ont permis aux praticiens de santé à travailler avec les patients utilisateurs de drogues par des moyens pratiques et de compassion. Bien que les patients toxicomanes peuvent profiter des avantages de soins de santé pratique et de compassion, la facilitation conjointe et la dénonciation de leur volonté occasionnés par l'utilisation à la fois la réduction des méfaits et le modèle de maladie de la dépendance implique leur gestion par les deux technologies pastorales et disciplinaires du pouvoir. (Szott, 2014)</p> <p>Mots-clés</p> <p>la toxicomanie, la gouvernementalité, la réduction des méfaits, les praticiens de la santé, la subjectivité</p>
Introduction Enoncé du problème	Pour les praticiens des soins, comprendre l'utilisation de drogues parmi leurs patients est compliquée par au moins deux cadres contradictoires se chevauchent. L'approche de réduction des méfaits offre aux praticiens une image d'usagers de drogues à risque pour les maladies infectieuses et d'autres méfaits associés à l'usage de drogues, mais désireux et capables de protéger leur santé étant donné les bons outils, tels que des seringues neuves et information sur les risques (Fraser, 2004; O'Malley, 1999). Le modèle de maladie de la dépendance, qui est fermement ancré dans la connaissance médicale établie, positionne les utilisateurs de drogues que les consommateurs pathologiques et excessives.
Recension des écrits	La réduction des méfaits a été analysée dans l'optique de la gouvernementalité exprimant leur autonomie réglementée grâce aux technologies, avec des idéologies et des calculs de risques émanant des ensemble des institutions diffuses, des experts et d'autres organisations de promotion de la santé (Campbell et Shaw, 2008;. Fischer et al, 2004; McLean, 2011; O'Malley, 1999). Au contraire, les notions de dépendance comme la maladie, qui dénote la consommation excessive et troubles associés à un manque d'autonomie, enlèvent l'option d'auto-gouvernance et situent la responsabilité de soins dans les mains des experts de dépendance et des professionnels de la santé. L'absence de volonté symbolisée par la toxicomanie comme une maladie offre la passerelle par laquelle les praticiens de santé peuvent apporter dans les engagements idéologiques liées à la réduction des méfaits, comme la déstigmatisation de la consommation de drogues.

Cadre théorique ou conceptuel	Le concept de réduction des méfaits qui est décrite comme une attitude amoral ou neutre envers la consommation de drogues est souvent adoptée, en dépit de la difficulté de faire adopter cette approche (Keane, 2003). La dépendance comme une maladie. Le processus de définir la dépendance comme une maladie a commencé il y a plus de 200 ans par l'apparition d'un nouveau paradigme qui a défini la dépendance comme un problème central d'utilisation de drogues et l'a diagnostiqué comme une maladie ou semblable à la maladie (Levine, 1978)
Question de recherche	La question de recherche n'est pas énoncée clairement. On peut voir que le but de l'étude est de comparer la prise en charge dans les soins, avec la réduction des méfaits et le modèle de la maladie de la dépendance.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Entretiens qualitatifs
Population et contexte	13 praticiens de soins qui fournissent des soins primaires aux héroïnomanes, et dans certains cas, la buprénorphine, traitement à la méthadone pour les personnes qui consomment des drogues injectables. A New York 10 médecins, 2 infirmières praticiennes, 1 assistant du médecin. Au total 20 praticiens de santé ont été contacté, et six n'ont pas répondu.
Collecte des données et mesures	Les interviews ont été recueillies lors d'un projet sur les expériences de soins de santé des personnes qui consomment des drogues injectables à New York. La technique de recrutement a créé un échantillon de praticiens de santé qui fournissent des soins dans une gamme de contextes institutionnels, qui pourrait avoir affectée la façon dont ils interprètent la pertinence et le sens de la réduction des méfaits, ainsi que le modèle de la maladie de la dépendance.
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Entre janvier et décembre 2012 : des entretiens qualitatifs ont été conduits avec les praticiens de soins qui fournissaient des soins primaires aux héroïnomanes et dans certains cas la buprénorphine, ou méthadone. • Ils ont créé un échantillon de praticiens de santé qui fournissaient des soins dans un contexte insitutionnel, qui pouvait interpréter leur pertinence et le sens de la réduction des méfaits et le modèle de la maladie de dépendance. • Ils ont interviewés 13 praticiens de santé qui ont été contactés par courriel qui a décrit la recherche et les a invité pour l'interview • Les entrevues ont duré une heure et ont été menées par l'auteur. • Au cours des entretiens, les discussions sur la réduction des méfaits et le modèle de maladie de la dépendance ont été mis en évidence par des questions directes et indirectes. Par exemple, la question indirecte "Que pensez-vous de l'utilisation de la drogue?" Tendance à mettre le discours de la maladie vers l'avant, et la question directe, «Avez-vous été introduit à l'approche de réduction des méfaits, de travailler avec les utilisateurs de drogues?» Ainsi, alors que des questions étaient posées directement sur le modèle de la maladie de la dépendance et de la réduction des méfaits, les deux concepts sont aussi venus spontanément. • Les transcriptions des entrevues ont été codées ouvertement, et les sections de l'entrevue que spécifiquement mentionné les termes de « réduction des méfaits » ou de « maladie ».
Résultats Traitement des données	Ils ont traité les données par catégories : <ul style="list-style-type: none"> • Discours et les pratiques de réduction des méfaits • Les utilisations de la maladie
Présentation des résultats	Ils ont présenté les résultats en séparant les deux catégories, comme la réduction des méfaits et le concept de la maladie de dépendance.

Réduction des méfaits : en regardant les moyens les praticiens de santé ont décrit leurs pratiques de réduction des méfaits révèle leur compréhension de l'endroit où la réduction des méfaits peut tenir dans la pratique biomédicale. Alors que certains des usages de la réduction des méfaits strictement abordent les risques de la consommation de drogues d'injection, les personnes ont cherché à retenir d'autres pratiques qui utilisent des drogues dans les soins ou le traitement. La réduction des méfaits mis en œuvre dans le cadre du traitement à la méthadone ou à la buprénorphine a pris sur des attributs particuliers qui aligne avec les objectifs de traitement d'une maladie chronique.

Beaucoup de praticiens de la santé ont déclaré qu'ils ont incorporé les évaluations et l'éducation autour des pratiques d'opiacés et l'utilisation de l'aiguille dans leurs soins pour les patients qui consomment des drogues injectables.

Les médecins qui ont fourni une médiation pharmaceutique de traitement de la toxicomanie, de la buprénorphine méthacrylique, dans leurs pratiques intégrées de réduction dans leur démarche vers la fourniture de traitement de la toxicomanie en refusant de mettre fin au traitement de leurs patients si ils continuaient à utiliser des substances illicites. Nisha, un médecin qui fournit des soins primaires et dirige un programme de traitement à la buprénorphine dans un hôpital, a expliqué que dans la création du programme de la buprénorphine dans son hôpital, ses collègues et elle devaient déterminer une politique concernant l'utilisation de la substance autorisée pendant le traitement avec la buprénorphine.

D'autres praticiens de soins de santé adoptées réduction des méfaits dans le contexte du traitement de la toxicomanie en permettant l'utilisation continue d'un médicament, y compris les opiacés en dépit de recevoir un traitement qui cible spécifiquement la dépendance aux opiacés. Monica, un médecin de soins primaires et la buprénorphine qui travaille dans une clinique de soins de santé de la communauté, a déclaré : « *Je fournis un traitement médicamenteux dans les rechutes et les gens utilisent encore des médicaments. Cela fait partie de la conversation et j'essaie de comprendre de nouveaux objectifs pour le traitement. Donc, je pense que beaucoup tentent de comprendre quels sont les objectifs des gens sont essayer de travailler avec eux sur leurs objectifs.*

Que ce soit l'éducation autour des techniques d'injection ou de refuser de mettre fin à des traitement des patients pour l'usage d'opiacés continue, les praticiens de santé ont tenté de réduire les méfaits associés à l'injection et orienter vers l'acceptation de l'usage de drogues. Deux principes philosophiques qui se chevauchent de réduction des méfaits étaient apparentes dans les soins fournis ces praticiens de "les rencontrer là où ils sont" l'approche et l'acceptation de l'usage de drogues. Ces deux principes sont en faveur d'une autonomie réglementée pour les personnes qui utilisent des drogues en reconnaissant le choix de prendre des médicaments, mais aussi la construction de l'espace pour les interventions dans les modes de consommation de drogues.

L'utilisation de la maladie : Une façon dont les praticiens de santé ont envisagé la santé des patients toxicomanes était en définissant l'usage de drogues, la toxicomanie et la dépendance comme une maladie. Les praticiens de la santé ont mobilisé à la fois le modèle et les neurosciences de la maladie pour expliquer la toxicomanie et la dépendance, parfois simultanément et d'autres fois de façon indépendante. Plusieurs des praticiens de soins de santé qui ont fait valoir leur croyance dans le modèle de la maladie ont également fait remarquer que ce modèle pourrait être stratégiquement déployé pour réduire la stigmatisation de la toxicomanie pour un public moins sympathiques. Les tentatives faites par les praticiens de soins de santé pour éliminer le blâme et la réduction de la stigmatisation grâce à l'utilisation du modèle de la maladie coïncident avec les principes d'acceptation et de non-jugement trouvés dans les constructions de la réduction des méfaits. Andrew, le médecin de soins primaires mentionné

	<p>précédemment, articulé une explication claire de la façon dont il comprend la dépendance « <i>Je crois fermement dans le modèle biologique, qu'il est comme toute autre maladie. Dans ce cas, vous manquez de la production naturelle d'endorphines quand il est l'héroïne ou des opiacés. Donc j'explique aux gens qu'est-ce que le diabète. Comme votre corps ne peut plus produire d'insuline, vous avez une sorte de dépendance, vous avez besoin de médicaments, vous avez besoin d'aide pour le faire. Si vous le traitez comme toute autre maladie, il est plus facile de comprendre qu'il est en fait un déséquilibre chimique. Il ya un manque d'un produit chimique dans votre corps et ce qui explique pourquoi vous avez des envies ou pourquoi vous avez sorte de ces sentiments et il est non seulement votre volonté psychologique ou décision psychologique. Il n'y a rien de mal avec vous plus que il ya quelque chose de mal avec quelqu'un qui a le diabète</i> ».</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les praticiens de la santé qui utilisent la réduction des méfaits dans leur pratique médicale en éduquant leurs patients au sujet des pratiques plus sûres de consommation de drogues et d'accepter l'utilisation continue de la drogue. Lors de la pratique de réduction des méfaits, les praticiens de la santé ont reconnu implicitement leur autonomie.</p> <p>Le modèle de la maladie a été utilisé par les praticiens de santé à excuser les utilisateurs de drogues de toute responsabilité quant à leur utilisation de drogues et à déstigmatiser l'usage de drogues en parlant à des collègues. La suture des deux approches ont permis aux praticiens de soins de santé à fournir des soins qui étaient pratiques en termes de prévention des risques et la continuité des soins, et la compréhension de la consommation de drogues continue de leurs patients.</p> <p>Avec la reconnaissance que «le traitement de la toxicomanie est devenu un site primaire pour la rééducation et de la réforme des pauvres," le lien entre la toxicomanie et les institutions disciplinaires "à l'ancienne" devient plus claire (Gowan, 2013). L'atténuation de la volonté construit par les notions de dépendance comme la maladie est la technique discursive qui donne raison aux technologies disciplinaires du pouvoir.</p>
Perspectives	<p>Les résultats peuvent être utiles pour la pratique, si on se base que la dépendance est une maladie. Cela aiderait à avoir une prise en charge globale du patient tout en incluant la réduction des méfaits. Pour une prise en charge globale, il faudrait tenir compte de ces deux concepts, pour que la prise en charge soit individualisée et que le patient ne soit pas stigmatisé et jugé.</p>
Questions générales Présentation	<p>L'article contient le résumé, l'introduction, les méthodes, les résultats ainsi que la conclusion.</p>
Evaluation globale	<p>Article de qualité. Met en évidence l'importance des réductions des méfaits mais également la dépendance comme une maladie, ce qui aide à comprendre les patients toxicomanes.</p>

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Appendice F

Grille d'analyse de l'article
Open drug scenes: responses of five European cities

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Waal K, Clausen T, Gjersing L & Gossop M. (2014). Open drug scenes: responses of five European cities. <i>BMP Public Health</i> , 18, 1-16. doi: 10.1177/1363459314556904
Résumé	<p>Contexte : les scènes ouvertes de la drogue sont des rassemblements des usagers de drogues qui consomment et dealent des drogues publiquement. Les auteurs ont mené une étude de cinq villes européennes qui ont atteint de telles scènes constructives. L'objectif était d'enquêter sur les interventions et les stratégies partagées et non partagées en vue d'accroître la compréhension de ce type de problème.</p> <p>Méthodes: observations qualitatives et quantitatives combinées.</p> <p>Résultats: Toutes les villes avaient initialement une période de conflits entre les politiques libérales et restrictives. Un consensus politique semble être une condition préalable à une action efficace. Un noyau caractéristique commune était que la dépendance de la drogue a été accueillie comme un problème de santé et de consommation de drogue comme un problème de nuisance publique. Les services de santé à seuil bas, y compris le traitement d'entretien aux opiacés ont été combinés avec le travail social de sensibilisation et de police efficace.</p> <p>Conclusions : La prévention, la réduction et le traitement des lésions devraient être combinées avec l'application de la loi fondée sur la coopération entre la police, les soins de santé et les services sociaux. Le but devrait être la «coexistence » entre la société et les utilisateurs de substances illégales et de la stratégie basée sur plusieurs années de planification et les efforts conjoints. Les solutions se trouvent dans des combinaisons appropriées de réduction des risques et des mesures restrictives.</p> <p>Mots-clés: zone de consommation de drogues, la nuisance publique, la réduction des méfaits, la politique des drogues en milieu urbain</p>
Introduction Enoncé du problème	Lorsque les utilisateurs de drogue se rassemblent pour vendre et utiliser des drogues dans les espaces publics, ce phénomène est considéré comme une scène ouverte de la drogue. L'efficacité des mesures de réduction des méfaits, comme la dispersion des ustensiles stériles et l'emplacement des chambres de l'utilisateur pourrait également être augmenté car ils pourraient être fournis dans la même zone . Toutefois , les bas prix des drogues , le manque d' application de la loi et le manque de contrôle social semblent attirer les utilisateurs de drogue vers la scène ouverte de la drogue et de l'augmentation des problèmes semble avoir été plus rapide que l' augmentation de la population des toxicomanes.
Recension des écrits	Le phénomène a été étudié dans un projet national croisée dans le début des années 1990 qui portait sur les neuf villes européennes. L'étude a été financée par le centre de surveillance des drogues et des toxicomanies. Selon les auteurs il n'y avait ni une définition généralement acceptée d'une scène de la drogue, ni un accord sur ce que l'on entend par ouvert. Les scènes ouvertes de la drogue ont été décrites dans des villes comme Vancouver et Montréal au Canada, New York et San

	<p>Francisco aux États-Unis , et d'Amsterdam , Rotterdam , Francfort, Hambourg , Zürich , Vienne et Copenhague et Oslo en Europe. En 2004 le groupe Pompidou a lancé une série de séminaires pour étudier les scènes de drogue et les différentes politiques nationales et a préparé une liste de recommandations.</p> <p>Les auteurs ont réalisé une étude sur les interventions appliquées dans les villes européennes connues pour la réduction réussie de scènes ouvertes de la drogue. L'objectif était d'étudier le noyau et les interventions de stratégies et de décrire la preuve de l'efficacité. L'étude a été commandée dans le cadre de la planification des interventions préventives pour aborder le problème d'une scène ouverte de la drogue à Oslo en 2009.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>L'étude a développé un concept des scènes ouvertes de drogues et le trafic de drogues. Ces scènes varient en visibilité, la taille et le site et peuvent être classées comme des scènes ouvertes concentrées, dispersées et cachées. Les observateurs ont préconisé les scènes concentrées pourraient faciliter le contrôle et la surveillance d'un marché illégal de la drogue.</p> <p>La réduction des méfaits de drogue. Ils ont fourni un accès facile à la disponibilité et à faible traitement de maintenance du seuil, le plus souvent par la méthadone.</p>
Question de recherche	<p>La question de recherche n'est pas énoncée clairement.</p> <p>Le but de l'étude est d'enquêter sur les interventions et les stratégies partagées ou non partagées en vue d'accroître la compréhension des scènes ouvertes de la drogue.</p>
Méthodes Tradition et devis de recherche	Méthode combinant les observations qualitatives et quantitatives a été choisi en conformité avec les directives pour l'examen de la recherche qualitative.
Population et contexte	Cinq villes qui ont été bien connues par leurs réponses aux portes ouvertes de la drogue, ont été sélectionnées ; Amsterdam, Francfort, Zürich, Vienne et Lisbonne.
Collecte des données et mesures	<p>Les données disponibles décrivant le développement dans chaque ville a été concentré à des descriptions de la ville spécifiques axées sur les caractéristiques des scènes ouvertes de la drogue et les réponses de la ville et des stratégies de base.</p> <p>Un bureau ou une autorité publique à la coordination ou la planification des responsabilités dans les villes ont ensuite été abordés avec une demande d'une personne de contact. Les descriptions de la ville ont été envoyées à la personne de contact dans chaque ville pour l'entrée et corrections. Les personnes de contact disposées pour des réunions entre le groupe de visiteurs et le bureau de planification de la ville, des experts en traitement de la toxicomanie et des officiers de police de base dans le but d'avoir des discussions sur la pertinence et l'importance des méthodes choisies.</p> <p>En outre, le groupe a visité les anciennes scènes ouvertes de la drogue. Les interventions des villes et la compréhension du groupe de visiteurs ont été discutés dans des réunions avec des chercheurs, des policiers, des travailleurs sociaux et des spécialistes de la médecine de la toxicomanie. Les observations qui en résultent sont donc basées sur un consensus développé à partir de différentes sources.</p> <p>Sur cette base, une description et une analyse des mesures et des stratégies ont été préparés pour chaque ville. Les analyses ont été discutés dans le groupe, puis envoyés à la personne de contact dans chaque ville pour les derniers commentaires. Cette révision finale sert de base pour les conclusions d'expériences partagées et non partagées et interventions essentielles dans le présent document. Chaque ville a été visitée pendant 2-3 jours.</p>

Déroutement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • L'étude est construite sur la participation précédente du premier auteur avec un séminaire dans le groupe de Pompidou sur la sécurité urbaine. • D'abord une description a été faite pour les 5 cinq villes. • Ces descriptions ont été envoyées aux personnes de contact dans chaque ville avant la visite par les chercheurs. • Les méthodes et les stratégies de chaque ville ont été discutées et les choix de base et efforts extraits. • Un rapport a été envoyé au groupe de contact pour les corrections et les clarifications.
Résultats Traitement des données	Ils ont pris chaque ville et les ont mises en lien avec les scènes ouvertes de la drogue (historique), les réponses qu'elles ont eu face à celles-ci, leurs stratégies de bases pour y faire face, comment elles ont répondu à cela, leurs observations, ainsi que la situation actuelle (ce qui a changé).
Présentation des résultats	<p>Les résultats ont été présentés sous forme de tableau : avec plusieurs items, et les 5 villes notées. Ceci a été en lien avec les stratégies et interventions partagées et non partagées.</p> <p>Les items :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consensus politique et sociale partagée • Ville système de coordination • Système d'informations partagées • Seuil bas OPIOÏDE traitement d'entretien • Salons de santé / chambres d'utilisateurs • Héroïne traitement assisté • Les projets de logement • abris • Centre de contact et d'un café • Services d'action sociale de sensibilisation • Le traitement obligatoire • Les projets de reconstruction • La police et les services sociaux patrouilles partagée • Zones de tolérance • Centre de détention • Commandes de comportement social • Traitement dans la justice pénale • Dépenalisation de la consommation personnelle • Expulsion / découragement des non-résidents <p>Comme on peut le voir toutes les villes ont partagé les décisions politiques avec les stratégies de coordination des différentes mesures et de communication entre le secteur de contrôle et le secteur social. En outre, ont tous des interventions bien connues de réduction des méfaits, bien que des salles de consommation ne se trouvent que dans trois des villes. Héroïne traitement assisté est bien développé en deux et sur une petite échelle en un seul. Tout système d'abris ont bien développé, et le logement est surtout disponible en est des centres de contact. Les interventions du secteur de contrôle sont moins partagés mais tous partagent la dispersion tactiques. Une certaine forme d'ordre de comportement social se trouve dans quatre sur cinq. Les stratégies visant à décourager ou envoyer des non-résidents sont également d'habitude. Décriminalisation formelle de l'usage de substances se trouve uniquement à Lisbonne tandis informel se retrouve également dans Amsterdam et Zurich tant qu'il ne se produit pas en public. Toutes les villes ont une tolérance zéro pour nuisance publique (non représenté dans le tableau).</p>

<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Toutes les villes décrivent des scènes ouvertes de la drogue qui ont tendance à se développer hors de contrôle. Ces scènes ont été considérées comme destructrices pour les consommateurs de drogue et comme une nuisance problématique pour la société. Les villes ont appliqué une série de mesures de réduction des méfaits associés à des stratégies de contrôle systématiques afin d'aborder les problèmes.</p> <p>Les politiques globales et intégrées partagent certaines caractéristiques de base. La première est que l'utilisation problématique de substances et de dépenses sont définies comme des problèmes de soins et de santé. La prise de drogues est considérée comme un comportement de social qui est soumis à des règles sociales ordinaires. L'utilisateur n'a pas le droit d'être de nuisance pour les autres, mais il a le même droit inné à l'intégration dans la société et le même ensemble de droits individuels que d'autres dans la population générale. La stigmatisation sociale et l'isolement doivent être évités.</p> <p>Un thème commun était que les conflits politiques et idéologiques en cours semblent avoir empêché des solutions et des mesures efficaces pour plusieurs années. Seulement quand le consensus avait été atteint à des niveaux politiques et administratifs suffisamment élevées, a été un réel progrès accomplis. Un autre aspect important était politiques à long terme.</p> <p>Une caractéristique remarquable est que la réduction des méfaits a été adoptée comme une stratégie centrale dans toutes les villes étudiées. Il y avait des différences dans la façon dont cette stratégie a été mise en œuvre, mais les caractéristiques communes étaient, un service de santé publique, seuil bas. Toutes les villes établies accès facile à faible vieille traitement d'entretien opioïde avec ou sans périodes d'attente courts. Ceci est probablement une condition préalable pour la fermeture de scènes de drogue que jusqu'à la fermeture ont assuré la disponibilité de l'héroïne.</p> <p>Les villes ont également fourni une gamme de services tels que les abris de nuit et d'autres possibilités de logement, les centres de contact comme un lieu d'être pendant la journée, et la possibilité pour la nourriture pas cher, le lavage, distribution d'aiguilles, etc. Le service a également servi comme une passerelle vers le seuil bas, les services de santé et des programmes de maintenance. Mais dans le même temps il a été convenu que les scènes ouvertes de la drogue sont destructrices, et que la prestation de services ne devraient pas augmenter l'attraction des scènes de drogue et ne pas être offert sur scène.</p>
<p>Perspectives</p>	<p>Les résultats portent sur des événements extrêmement complexes qui ont eu lieu dans des circonstances changeantes sociaux, politiques et économiques et souvent sur des périodes relativement longues. Les résultats sont en grande partie fondées sur des preuves fournies par des individus ou des groupes, à proximité des événements dans chacune des villes, mais les points de vue exprimés sont toujours soumis à des opinions personnelles au sujet de ces événements.</p> <p>L'accent mis sur l'héroïne en tant que drogue problématique pourrait limiter l'utilité pour les villes dans lesquelles d'autres types de médicaments sont les plus fortement liés aux scènes ouvertes de la drogue. L'utilisation de crack a augmenté en Europe et a été pendant de nombreuses années un problème majeur dans certains essais de l'Amérique du Sud et en voie de certains centres-villes des États-Unis. Sur aspect problématique est l'absence de preuves des services à seuil bas en fonction de ces types de problèmes qui limitent la pertinence directe lorsque la cocaïne et les amphétamines sont les principales drogues. Cependant, les problèmes de désaccord politique et la nécessité d'interventions coordonnées combinant restreignant et en aidant les mesures sont à leur avis d'un intérêt évident.</p> <p>Il faut aussi reconnaître que l'enquête sur les événements sociaux complexes tels que la croissance et la décroissance des scènes ouvertes de la drogue ne se prête pas à des modèles expérimentaux traditionnels, et "données objectives" à propos de l'évolution de ces événements est extrêmement difficile (et parfois impossible) de obtenir. À condition que les limites des méthodes d'études soient prises en compte, ils pensent que les résultats peuvent être utiles et informatives.</p>
<p>Questions générales</p>	<p>L'article se présente sous forme respectant les normes des articles scientifiques, avec les parties telles que : résumé, introduction, état des connaissances, méthodes, résultats, discussion et inclut également l'éthique.</p>

Présentation	
Evaluation globale	L'importance est mise sur l'importance de la réduction des méfaits de drogues, et que cela a une influence sur la santé.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Appendice G

Grille d'analyse de l'article

Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users : Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility

Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Wood, A., Wood, E., Lai, C., Tyndall, M., Montaner, J. & Kerr, T. (2007). Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users : Evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. <i>International Journal of Drug Policy</i> , 19, 183-188
Résumé	<p>Contexte : Malgré l'implantation grandissante des programmes internationaux de la réduction des risques, les pratiques d'injection insécurisées restent communes chez les consommateurs de drogues par injection (IDU). Par conséquent, des interventions infirmières telles que l'éducation de techniques d'injection sécurisées (SIE), ont été entreprises. À Vancouver, un centre d'injections supervisées (SIF), où les consommateurs de drogues s'injectent des drogues illicites pré-obtenues sous supervision des soins, a ouvert en 2003 dans le but de réduire les impacts des injections insécurisées. Les auteurs ont recherché à catégoriser l'état des pratiques de la SIE à Vancouver et éventuellement examiner la SIE chez les utilisateurs du centre SIF.</p> <p>Méthodes : les auteurs ont examiné les corrélations de la SIE reçue chez les participants de la cohorte de l'évaluation scientifique des injections supervisées (SEOSI). La SEOSI est dérivée du recrutement randomisé des utilisateurs du SIF. Les caractéristiques des participants qui ont reporté recevoir de la SIE des infirmières du SIF, ont été examinées en utilisant des bivariées et des multivariées généralisant les hypothèses estimées.</p> <p>Résultats : 1087 participant à la SEOSI ont été questionnés entre mars 2004 et mars 2005 et ont été inclus dans cette analyse. Approximativement un tiers des participants ont rapporté avoir reçu la SIE à la base et 13.3 % ont rapporté avoir reçu la SIE durant la suite. Ces personnes qui l'ont reçu des infirmières du centre SIF, sont majoritairement des femmes, requièrent de l'assistance pour les injections, sont des consommateurs de la binge et utilisent le centre pour la plupart de leurs injections.</p> <p>Conclusions : les résultats fournissent l'évidence de soutenue le besoins des infirmières délivrant la SIE afin d'atteindre les IDU ayant le plus de risques reliés au méfait des injections. Les SIFS pourraient offrir l'unique opportunité de délivrer la SIE aux populations à haut risque. Les individus ayant reçu la SIE des infirmières du SIF de Vancouver, possédaient plus probablement les caractéristiques associées aux résultats de santé défavorables, incluant l'infection au HIV.</p>
Introduction Enoncé du problème	L'utilisation du matériel contaminé pour les injections des drogues illicites continue à être un parcours primaire de la transmission de l'hépatite C et du VIH dans plusieurs parties du globe (Des Jarlais & Friedman, 1998).
Recension des écrits	En conséquence, les efforts pour réduire l'échange de seringues chez les IDUs ont reçu une attention significative, et les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues stériles sont devenus des pratiques de santé publique standard (des Jarlais et al., 1996 ; Wood et al., 2002a). Cependant, des études récentes ont démontré que des facteurs variés pourraient perpétuer l'échange de seringues même si les seringues stériles sont accessibles grâce aux programmes de distribution. Par exemple, les individus qui requièrent de l'aide pour les injections sont connus comme être à plus haut risque de s'échanger de seringues et de l'infection au VIH (source). Il a été discuté les interventions ciblées telle que l'éducation des techniques d'injection sécurisées pourraient aider à s'adresser à ce facteur de risque.
Cadre théorique ou conceptuel	Harm reduction
Hypothèses	Cette étude vise à contribuer au corpus des connaissances actuelles dans la pratique de la réduction des risques en caractérisant l'état présent de l'éducation thérapeutique des techniques d'injection sécurisées à Vancouver et en fournissant une analyse prospective de la prévalence et la corrélation de l'éducation thérapeutique reçue des techniques d'injection sécurisées chez les IDUs fréquentant le SIF. Les auteurs ont également recherché à évaluer la prévalence des micropratiques d'injections sécurisées chez les IDUs fréquentant le SIF.
Méthodes	Étude quantitative corrélationnelle

Devis de recherche	
Population et contexte	<p>Le SIF de Vancouver est localisé dans le quartier connu comme le downtown east side qui est le cœur de la cité pour le marché ouvert de la drogue (Small, Rhodes, Wood & Kerr, 2007). La SEOSI cohorte est basée sur un échantillon représentatif des utilisateurs du SIF qui sont dérivés du recrutement randomisé et qui ont fourni un consentement éclairé pour être enrôlé dans l'étude..</p> <p>La cohorte SEOSI a été approuvée éthiquement par l'université de Columbia/Providence</p>
Collecte des données et mesures	<p>Le recrutement randomisé implique d'utiliser un nombre randomisé de générations sélectionnées durant deux heures blocs durant le temps d'ouverture du centre. 20\$ ont été offert aux participants, en répondant au questionnaire. Les participants ont pu y répondre dans un lieu à part du centre.</p> <p><i>1087 participant à la SEOSI ont été questionnés entre mars 2004 et mars 2005 et ont été inclus dans cette analyse</i></p>
Déroulement de l'étude	<p>1^{ère} étape : les auteurs ont évalué la prévalence des pratiques variées et sécurisées des micro-injections chez les participants SEOSI. À chaque visite de suivi, il leur a été demandé de reporter la fréquence de ces pratiques : chauffer, filtrer, nettoyer (désinfecter) le site d'injection, l'utilisation d'eau stérile, faire un garrot, contrôler la position de l'aiguille avant l'insertion et consommer seul. Partout dans le modèle de protocole des injections sécurisées de l'étude, l'éducation était la variable d'intérêt et était définie à travers les points suivants : comment trouver une veine et/ou comment faire un garrot adéquatement, montrer comment chauffer (cuire la solution afin de dissoudre les composants solides), ou/et filtrer adéquatement (utiliser un coton ou un autre matériel de hygiénique afin de filtrer les particules non dissoutes), montrer comment s'injecter de manière sécurisée et/ou donner des informations sur comment effectuer des injections de manière sécurisée que le participant ne connaissait pas déjà. (Wood et al., 2005c). Les variables d'intérêts reliées aux comportements à risque dans la consommation de drogues chez les participants incluent : la difficulté d'obtenir des seringues (non versus oui), la consommation quotidienne de cocaïne ou d'héroïne (quotidiennement ou non), l'injection en public (oui versus non), l'emprunt de seringues (oui versus non), le prêt de seringues (oui versus non), requérant de l'aide pour s'injecter (oui versus non), consommation « binge » de drogues (oui versus non), participation à un traitement des addictions (oui versus non), la consommation actuelle de méthadone (oui versus non), travail dans le commerce sexuel (oui versus non), incarcération récente (oui versus non) ; et la proportion d'injection effectuées au SIF ($\geq 75\%$ versus $< 75\%$). Toutes les variables des comportements se réfèrent aux activités dans les 6 mois précédant et les comportements sont mis à jour dans la base de données lors des visites semi-annuelles.</p>
Résultats Traitement des données	<p><i>Estimation généralisée des équations (GEE)</i></p>
Présentation des résultats	<p><i>Le graphique numéro 1 démontre les proportions des individus qui à la base et durant le suivi, ont reporté toujours ou habituellement ($\geq 75\%$ du temps chauffer, filtrer, désinfecter (nettoyer) le site d'injection, utiliser de l'eau stérile, faire un garrot, contrôler la position de l'aiguille avant l'insertion et consommer seul. Comme indiqué dans le tableau, moins de 50% des participants reportent toujours ou habituellement effectué ses comportements sécurisés. Comme la figure 1 le démontre, les auteurs observent un niveau persistant de comportements de réduction des risques.</i></p> <p><i>Les facteurs associés à l'éducation de techniques d'injection sécurisées reçue des infirmières du SIF sont démontré dans le tableau 1. Dans l'analyse bivariante GEE, les facteurs positivement associée à l'éducation reçue incluent : le genre féminin (OR=1.75, 95% CI : 1.40-2.19) ; la difficulté d'obtenir des seringues (OR= 1.39 ; 95%CI : 1.08-1.81) ; l'injection en public (OR=1.52 ; 95% CI : 1.25-1.85), l'emprunt de seringues (OR= 1.46 ; 95%CI : 1.10-1.95), le prêt de seringues (OR= 1.97 ; 95%CI : 1.03-1.81) ; requérant de l'aide pour s'injecter (OR= 1.78 ; 95% CI : 1.50-2.10) ; la consommation « binge » de drogues (OR=1.56 ; 95%CI : 1.31-1.85) ; la participation à un traitements des addictions (OR=1.36 ; 95%CI : 1.15-1.62) ; le travail dans le commerce du sexe (OR=1.63 ; 95%CI : 1.29-2.05) ; et la fréquentation au SIF pour plus de 75% de toutes les injections (OR=1.41 ; 95%CI : 1.18-1.69).</i></p>
Discussion	<p>Dans cette étude, les auteurs ont trouvé que des hauts pourcentages de comportements à risque chez les consommateurs de drogues</p>

Intégration de la théorie et des concepts	<p>continuent à être reportés. Étant donné la haute proportion des consommateurs de drogues qui ne pratiquent pas consciemment des comportements de réduction de risques, il est clair que des interventions d'éducation sont nécessaires.</p> <p>Dans l'étude présente, nous avons constaté que les hauts taux de comportement à risque d'injection continuent à être rapportés pour les IDUS.</p> <p>Cependant, les données manifestent aussi que les infirmières au SIF atteignent une proportion significative de cette population (Wood et al., 2005b), y compris ceux au risque intensifié pour le VIH, l'hépatite, le surdosage et d'autres infections concernant l'injection, aussi bien que ceux qui exigent l'aide de d'autres pour injecter (Wood et al., 2003; Kerr et al., 2007) et la consommation binge (Miller et al., 2006). Les formes diverses d'éducation d'injection plus sûres sont rapportées comme étant reçu des infirmières du SIF par des participants SEOSI (Wood et al., 2005c), y compris l'éducation liée à la façon de trouver une veine et de faire un garrot correctement, comment chauffer et filtrer les drogues, comment injecter sans risque et d'autres sujets liés à la prévention d'infections et la promotion de la santé. Nous avons observé les niveaux persistants de comportements de réduction de risque (comme l'utilisation d'eau stérile, le filtrage et l'aiguille de vérification position avant injection). Étant donné la haute proportion d'IDUS qui systématiquement ne s'engage pas dans des comportements de réduction de risque, il est clair que des interventions éducatives sont nécessaires.</p> <p>Cependant, étant donné des découvertes précédentes suggérant que des pratiques d'injection risquées soient aussi conduites par une gamme de facteurs sociaux, environnementaux et structurels, comme sans abri et le maintien de l'ordre, des interventions et des politiques visant ces dimensions sont aussi nécessaires (Wood et al., 2005b, c). Les découvertes de notre étude sont compatibles avec la recherche précédente démontrant le besoin de éducation d'injection plus sûr parmi les IDUS les plus en danger et qui prouve la nécessité actuelle de l'éducation de techniques d'injection plus sûres par des infirmières à Vancouver (Wood et al., 2005b, c).</p> <p>Il y a un certain nombre de limitations associées à cette étude. Premièrement, parce que Vancouver a actuellement le seul SIF légalement sanctionné en Amérique du Nord et ainsi, est le seul une telle opération sur ce continent subissant l'évaluation complète, les découvertes ne peut pas ici se généraliser à d'autres telles contextes. Deuxièmement, on voit que la population consommant de la drogue et le climat sociopolitique à Vancouver est quelque peu unique à ceux d'autres juridictions pour une variété des raisons qui n'ont pas été explorées de façon approfondie ici.</p> <p>Cette unicité devrait être considérée dans n'importe quelles évaluations futures de services semblables ou des interventions ailleurs. Par conséquent, la cohorte SEOSI ne peut pas être représentative de populations dans d'autres contextes.</p>
Perspectives futures	<p><i>Pour conclure, les découvertes de l'analyse de données présentée dans ce rapport fournissent la preuve(l'évidence) pour supporter(soutenir) le besoin de l'enseignement(éducation) d'injection plus sûr comme une intervention allaitante(à la mamelle) pour réduire le médicament(la drogue) d'injection le mal lié. Nos découvertes indiquent que les infirmières au SIF atteignent les groupes de risque les plus hauts et que beaucoup de participants continuent à s'engager dans des comportements d'injection dangereux(risqués), fournissant la preuve(l'évidence) pour supporter(soutenir) le besoin en cours(suivi) de l'enseignement(éducation) d'injection plus sûr. Cette étude fournit la partie d'une base(fondation) sur laquelle les évaluations futures d'enseignement(éducation) d'injection plus sûr et d'autres interventions de réduction des risques allaitantes(à la mamelle) peuvent contribuer à la littérature croissante liée à l'impact de pratique(cabinet) de réduction des risques allaitante(à la mamelle) pour les gens(le peuple) qui utilisent des médicaments(drogues). Nous suggérons qu'une zone(un domaine) importante pour la nouvelle enquête comme un pas suivant(une prochaine étape) naturel de cette étude actuelle doit examiner la mesure à laquelle IDU qui reçoivent l'enseignement(éducation) d'injection plus sûr s'engagent dans des pratiques d'injection plus sûres.</i></p>
Questions générales	Article respectant la structure des articles scientifiques
Présentation	
Evaluation globale	<i>Résultats pouvant être utilisés pour prouver l'efficacité et l'utilité de l'éducation sous la réduction des risques</i>

Références bibliographique : Loisele, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Appendice H

Grille d'analyse de l'article

*Agency and Addiction in a Harm Reduction Paradigm : French Nurses'
Perspectives*

Grille de lecture d'un article scientifique Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Gray, M. (2014). Agency and Addiction in a Harm Reduction Paradigm : French Nurses' Perspectives. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> . 28. 35-42
Résumé	Les perspectives des infirmières françaises en psychiatrie, à propos des individus dépendants aux drogues et leurs traitements, sont influencées par les normes socioculturelles françaises. Dans cette étude, les étapes de la méthode ethnographique ont été utilisées pour mettre à jour les perspectives professionnelles et culturelles françaises sur la toxicomanie. Des thèmes émergents des entretiens des infirmières et des observations culturelles des participants suggèrent que la gestion de la toxicomanie dans le paradigme de la réduction des risques en France défie les croyances des infirmières à propos des centres pour les individus dépendants aux drogues et leurs conformités aux buts de traitement et sont influencées par l'adhésion à l'Union Européenne, les changements des services de santé, les changements des drogues et les changements des données démographiques. Les nouvelles stratégies infirmières émergentes de ces thèmes pourraient être applicables dans d'autres contextes culturels.
Introduction Enoncé du problème	Le but de cette étude était de mettre à jour les uniques mais non entendues voix des infirmières françaises en psychiatrie qui prennent en charge les individus dépendants aux drogues en France.
Recension des écrits	La dépendance aux drogues psychoactives est un phénomène global. L'interconnexion entre la population qui peut se permettre d'acheter des moyens de transport de luxe et les technologies de communication, a entretenue le commerce grandissant des drogues et ses menaces pour la santé publique. (Gray, 2008 ; Wodak, Sarkar, & Mesquita, 2004). Myers and Stohlberg (2003) ont comparé les études ethnographiques de l'abus de substances psychoactives d'Afrique, Asie, Australie, Europe et Amérique du Sud et du Nord et ont trouvé trois caractéristiques communes entre la culture et la consommation de substances et l'abus : c'est un rituel, de nature publique et la rareté des problèmes de drogues dans les petites communautés. Leurs comparaisons supportent la théorie de la construction culturelle des addictions et les rôles dans les addictions, réaffirmées par l'étude des implications culturelles dans les rituels de l'alcoolisme de Järvinen's (2003) au Danemark. Peu d'études ont examiné le rôle ou l'implication des infirmières dans les addictions en France. Les compétences culturelles devraient être informées et partagées par le contexte culturel dans lequel les infirmières développent des relations avec les personnes dépendantes (Naegle, 2003).
Cadre théorique ou conceptuel	Agency : est définie par les habilités des individus à choisir et à agir en conséquence de ce choix. La culture a une influence sur les soins aux personnes dépendantes de drogues. (théorie citée dans la recension des écrits)
Question de recherche	Quelles sont les perceptives des infirmières françaises en psychiatrie pour les individus traités pour une dépendance ? Quels sont les facteurs de la culture française qui ont une influence sur les visions des infirmières par rapport aux dépendances et sur leur travail avec les patients dépendants ?
Méthodes Tradition et devis de recherche	Une étude qualitative ethnographique

Population et contexte	<p>5 infirmières en psychiatrie (4 dans 2 hôpitaux publics et une dans une clinique privée) 9 infirmières qui ne travaillaient pas en psychiatrie Au sud de la France</p>
	<p>Afin d'étudier les perspectives des infirmières françaises à propos des addictions, l'auteur a vécu pendant cinq mois au Sud de la France, une expérience d'immersion décrite par Wolcott (2001) comme une « intention ethnographique ».</p>
Collecte des données et mesures	<p>Interviews audio enregistrées (toutes les interviews été enregistrées en français, à part deux)</p> <p><i>Questions ouvertes, une heure et demi à deux heures</i></p>
Déroulement de l'étude	
Rigueur	<p><i>Les considérations éthiques pour cette étude ont été incluses : consentements éclairés des participants, comité de révision institutionnel (approbation des institutions) approuvée par leur université, le consentement des directeurs des institutions. La confidentialité a été assurée à travers les initiales fictives des participants utilisées dans les enregistrements et les transcriptions et par la destruction des enregistrements après les analyses complètes.</i></p>
Résultats Traitement des données	<p><i>Indexez les croyances des informateurs d'infirmière psychiatriques de soins de personnes accros a révélé les thèmes communs qui résonnent la croix culturellement dans la profession allaitante(à la mamelle) (la Table 2), pourtant sont uniquement influencé par le contexte socioculturel français (Table 3). Quatre thèmes saillants à leurs perspectives sur dépendance nourrissant inclus : l'agence individuelle accro, des frontières dans la relation patiente d'infirmière et deux constructions qui ont capturé le traitement efficace : ' la transgression est normale ' et ' la perception de temps. ' Influences contextuelles majeures, rassemblées d'informateurs clés, infirmières non-psychiatriques, habitants français locaux, l'observation de participant et des données archivistiques, ont inclus la réponse de la France aux politiques de santé, l'éducation et des données démographiques changeant secondaires à l'adhésion d'Union européenne, le système de services médicaux de changement de la France et le changement d'habitudes d'alcool et le médicament.</i></p>
Présentation des résultats	<p>Agence <i>L'agence est définie comme la capacité de l'individu de choisir et agir sur ce choix (James, 1897/1979). Une telle action peut améliorer un sens personnel de pouvoir souvent lié avec l'autonomie (Gray, 2007). Si c'est le but adressé et librement choisi, il peut motiver le changement (Amaro, 2010).</i> <i>Dans cette étude, tous les informateurs ont estimé l'individu accro comme un agent qui fait des choix et agit. Son engagement dans le traitement est essentiel. Il décide quand commencer ou arrêter le traitement. Il se décide que le traitement marche. L'infirmière n'est pas investie dans le choix ou le résultat.</i> <i>Des traitements normatifs apparaissent logiques par rapport à l'histoire du toxicomane dans la pauvre prise de décisions ou des jugements défectueux (Khantzian, 1997; Natan, Beyil et Neta, 2009), pourtant empêchent la participation active nécessaire de gagner la pratique dans des meilleurs choix de vie.</i> <i>Les choix de traitement perspectifs, prescrits de l'auteur européen comme la méthadone, que substitue la dépendance à uns drogue pour un autre médicament, représentent un moyen pour contrôler l'agence des héroïnomanes, renforçant ainsi une position) sociale marginalisée (Dahl, 2007). Les stéréotypes comme quoi les personnes dépendantes ont de la peine à se prendre en charge (Natan, Beyil et Neta, 2009) sapent l'agence de toxicomane. Des individus accros pourraient voir la gestion des infirmières comme un effort de contrôler le comportement de consommation de drogues et inciter la résistance des consommateurs aux buts de traitement.</i></p>

Frontières dans la Relation Patiente d'infirmière

Chaque informateur clé a noté la responsabilité de l'infirmière de nouer une relation qui respecte l'agence individuelle, pourtant aussi créer des règles claires et des frontières. Des frontières claires symbolisent le respect tant pour l'infirmière que pour la personnalité patiente. De tels paramètres pourraient servir d'un modèle pour le patient pour établir des frontières claires dans d'autres relations, mais pourraient aussi être perçus comme paternaliste (Jauffret-Roustide, 2009).

L'équilibre délicat entre des liens ouverts à autrui et la distance professionnelle fournit un espace sûr dans lequel la connaissance et soi la réflexion peut arriver tant pour le patient que pour l'infirmière. Si le statut marginal est la réalité habituelle du toxicomane, gardant une distance pourrait être un choix pour préserver l'autonomie. Les infirmières doivent reconnaître la vie quotidienne de la réalité sociale du toxicomane. Être une infirmière est plus difficile - pour voir la réalité de la personne. La perception des infirmières de cette réalité a apparu de normes tant professionnelles que sociales vers l'abstinence aux drogues. Ces normes ont encadré le contexte de la relation patiente d'infirmière. Les croyances des infirmières de l'agence du patient et de l'infirmière ont fixé des priorités dans la relation patiente d'infirmière, a modelé un respect du choix individuel dans des décisions de traitement normatives. Ces récits, cependant, ont aussi révélé comment l'empathie d'une infirmière transformée à l'arrangement des frontières quand l'individu accro a inclus des choix non normatifs et des comportements. La réponse transformée de l'infirmière a exprimé l'autorité de l'infirmière et la responsabilité dans la relation de client-infirmière. Il a aussi reflété un conflit le plus important dans le paradigme de réduction des risques dans des politiques actuelles en matière de drogues : Les stratégies de réduction des risques, comme le maintien avec la méthadone ou des programmes d'échange de seringues, donnent le support tacite du choix de l'individu toxicomane pour utiliser des drogues illégales (Jauffret-Roustide, 2009) et troublent ainsi les frontières entre le traitement normatif et non-normatif.

Thérapie efficace

Deux constructions thérapeutiques ont apparu de la majorité de réponses de ces informateurs. Le premier, ' la transgression est normale, ' a reflété les changements dans les frontières entre des distinctions normatives et nonnormatives, discutées ci-dessus. Les frontières de relation de traitement défient le patient de transgresser des règles et gagner ainsi des compétences dans l'empowerment individuel et des relations sociales.

' Perception de Temps : ' la majorité de ces infirmières de dépendance a réfléchi sur une question réelle pour des individus dans le traitement : comment structurer le temps qui a été précédemment occupé avec l'obtention de drogue quotidienne et la consommation. Des activités habituelles, parce qu'ils sont automatiques, écartent la réflexion exigée pour le changement. Des habitudes rigides limitent sa liberté d'explorer le passé, découvrir des possibilités futures et défier des capacités.

Souvent les activités avec la famille et des amis, qui remplissent le temps entre des routines et les rituels de vie quotidienne, ont été perdues pour la relation avec la drogue. Dans le traitement efficace, des individus accros apprennent à restructurer le temps des façons qui donnent la signification à la vie quotidienne et réduisent la marginalité souvent expérimentée de l'isolement social (la Fontaine et Korf, 2007; hall, 1993).

Ces infirmières servent de ponts à cet apprentissage et aux ressources communautaires afin de soutenir des activités significatives et l'emploi.

Contexte Socioculturel

Le contexte politique socio économique unique en France influence l'intention thérapeutique de la relation des infirmières avec des individus accros aux drogues. Des facteurs contextuels saillants (la Table 3) ont apparu des perspectives multiples gagnées d'observations et des interactions pendant l'immersion dans la culture française et la récupération archivistique. Un tel effet est la réponse de la France à la santé, des influences éducatives et politiques-économiques secondaires à l'adhésion à l'Union

	<p>européenne [l'UE]. En santé spécifique à la dépendance, la France supporte soutient le paradigme politique en matière de drogues qui est basé sur la réduction des risques approuvé dans lequel les toxicomanes sont considérés comme des individus capables d'exercer le certain contrôle de leur dépendance (Jauffret-Roustide, 2009; Reuter, 2009). Dans l'éducation, la France a participé à la création de l'Union européenne</p> <p>La France a répondu par des trois disposés en étages le programme nationalement mandaté pour promouvoir la formation infirmière de diplôme de base aux niveaux de recherche. La plupart des infirmières interviewées ont approuvé les changements d'éducation qui promeuvent la reconnaissance des contributions des infirmières à la santé.</p> <p>Les changements politiques dans des pays communistes précédents en Europe de l'Est ont également mené à l'immigration accrue en France. Les immigrants et des réfugiés font souvent face aux stressseurs multiples comme ils essayent de s'assimiler dans de nouvelles cultures; ceux avec des ressources personnelles limitées et avec des systèmes de d'assistance qui sont particulièrement vulnérables à la dépendance (Muys, 2007).</p> <p>Tous les informateurs ont parlé du nombre croissant d'immigrants souvent sans abri, vulnérables, qui évitent des ressources publiques jusqu'à ce qu'une santé ou une crise sociale arrivent. Ces infirmières ont reconnu des défis culturels spéciaux comme ils travaillent pour soutenir l'agence des patients quand des normes sociales françaises sont en conflit avec ceux du pays natal de l'individu.</p> <p>Changement de Médicament et Habitudes d'Alcool.</p> <p>Dans la culture française, le vin et boire de vin sont les points de fierté et même aujourd'hui un signe de statut de classe moyenne (Demossier, 2010). L'alcool fait partie de la famille et des traditions café. Malgré des baisses rapportées dans la consommation d'alcool, la France continue un haut niveau Alcoolisme compulsif(Beuverie) de jeunes adolescents au très vieux (Cerise et Antoine, 2002; Craplet, 2005; Demossier, 2010).</p> <p>Les politiques en matière de drogues basées sur la réduction des risques questionnent la santé et des difficultés légales de l'abus de drogues qui affecte les croyances des infirmières françaises, la relation patiente d'infirmière et les buts de traitement.</p> <p>Les buts de traitement de réduction des risques n'imposent aucune chronologie d'achèvement, comme Clancy (2002) célèbre(noté) dans les rôles des infirmières européennes dans des centres de maintien(maintenance) de méthadone. Au lieu de cela, les infirmières aident des individus accros à transformer l'abus de drogue dans un problème de consommation de drogues chronique mais raisonnable avec l'arrêt de la consommation futur qui reste toujours une possibilité. Cette approche permet au temps individuel accro de développer l'affirmation de soi. La contribution significative des Infirmières à l'agence individuelle dans ces approches peut être améliorée par la participation par l'implication politique.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Limitations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langue • Temps de l'étude (trop court) • Pas de généralisation possible car échantillon trop petit et trop spécifique.

	<p>Les perspectives des infirmières françaises sur des individus ont rendu dépendantes aux drogues et le traitement efficace a été suscité par des entretiens avec les informateurs clés qui travaillent directement avec des individus accros aux drogues.</p> <p>Des réponses pour interviewer des questions révélées : une formation infirmière de base spécifique à la psychiatrie, l'auto-gestion favorisée par les infirmières, les frontières dans la relation patiente d'infirmière et deux traitements efficaces : la transgression est la perception de temps normale et changeante.</p> <p>Des influences socioculturelles suscitées par les infirmières interviewées, des observations de participant et la recherche archivistique ont englobé des influences de la mise en œuvre de la France d'une réduction des risques. En conclusion, le contexte socio-économique et politique influence les perceptions des infirmières face aux consommateurs de drogues.</p>
Perspectives	<i>Discussion</i>
Questions générales Présentation	Les résultats sont bien catégorisés et les catégories sont bien définies
Evaluation globale	<i>Article respectant la rigueur scientifique</i>

Références bibliographiques :

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Appendice I

***Grille d'analyse de l'article
Challenges to Implementing the Harm Reduction Approach***

Grille de lecture d'un article scientifique Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Mancini, M., Linhorst, D., Broderick, F & Bayliff S. (2008). Challenges to Implementing the Harm Reduction Approach. <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions</i> , 8(3), 380-408, doi:10.1080/15332560802224576
Résumé	La littérature d'assistance sociale a récemment soutenu l'utilisation plus grande de l'approche de réduction des risques dans la pratique professionnelle. La mise en œuvre de cette approche, cependant, présente des défis. Nous explorons comment les praticiens travaillant dans un centre pour les personnes avec des histoires d'handicaps psychiatriques, des troubles d'utilisation de substance et sans abri, perçoivent l'approche de réduction des risques. Avant l'ouverture de ce nouveau programme, le personnel d'agence a complété un questionnaire et a participé aux groupes de discussion conçus pour explorer leurs perceptions et niveau de support de l'approche de réduction des risques utilisée dans le programme. Le but de cette évaluation était de comprendre les défis de mettre en œuvre une approche de réduction des risques dans des programmes les personnes de service avec un double diagnostic et les implications que ceci a pour des administrateurs de programme, le personnel et des clients. Nous avons constaté que les praticiens, en général ont favorisé le pragmatisme de l'approche et son accent de l'engagement de client, mais beaucoup ont été contrecarrés par son ambiguïté perçue quant aux résultats à long terme et des espérances de client. Nous concluons avec des recommandations comment les administrateurs de programme peuvent faciliter la mise en œuvre effective de l'approche de réduction des risques.
Introduction Enoncé du problème	Les personnes avec des troubles liés à l'abus de substances doivent faire face à plusieurs challenges afin d'arriver à abstinents ou maintenir l'abstinence de l'alcool ou d'autres drogues. Ces challenges sont souvent difficiles, particulièrement pour ceux qui souffrent d'itinérance (sans-abri). Les personnes avec deux diagnostics ne sont souvent pas capables de négocier des demandes de programmes d'abstinence plus structurés à cause d'un manque de soutien environnemental ou de déficits de compétences (Carey, 1996). Avec des ressources ou des soutiens externes, la plupart de ces personnes retournent dans la rue et continuent à consommer de la drogue, ce qui amène beaucoup de conséquences négatives.
Recension des écrits	Étant donné ces challenges, des études récentes dans la littérature du travail social promeuvent l'incorporation de l'approche de la réduction des risques dans la pratique (Bigler, 2005 ; Brocato & Wagner, 2003 ; MacMaster, 2004). Une définition concrète et universelle de la réduction des risques n'existe pas. Ce modèle est caractérisé par une constellation d'interventions et d'approches dans le but de diminuer les conséquences négatives de la consommation de drogues à travers des petites étapes (Dennings, 2001 ; Erikson, 1995 ; Marlatt, 1996). Dans ce modèle, les praticiens utilisent des stratégies motivationnelles telles que l'éducation, les ressources extérieures et le soutien au client afin de minimaliser les conséquences à court et à long terme de la consommation de drogues et d'alcool comme les overdoses, la propagation de maladies infectieuses, la victimisation, les activités criminelles, l'itinérance et la violence (Marlatt, 1996 ; Rilex & O'Hare, 2000).
Cadre théorique ou conceptuel	La réduction des risques : l'approche est clairement définie dans un chapitre de l'étude ainsi que son utilisation pour les personnes avec deux diagnostics et l'acceptation de l'approche par le personnel.
Question de recherche	La question de recherche n'est pas clairement formulée.

Méthodes Tradition et devis de recherche	Devis mixte
Population et contexte	37 participants travaillant dans six équipes cliniques différentes, les caractéristiques des participants sont décrites. Le contexte n'est pas défini clairement
Collecte des données et mesures	Questionnaire crée par les auteurs (pas d'outil antérieur) <i>Des groupes de discussion ont eu lieu après que les participants aient répondu au questionnaire</i>
Déroulement de l'étude	Les participants répondent au questionnaire puis participent tout de suite après au groupe de discussion (pour des questions d'organisation avec les horaires de travail). chaque groupe de discussion ont duré entre 1.5 heure et 2 heures et ont été enregistrés.
Rigueur	<i>Confidentialité (questionnaire), approbation de l'institution et de l'université</i>
Résultats Traitement des données	<i>Les réponses des participants ont été analysées à l'aide d'une approche inductive. Les réponses ont été ensuite catégorisée et comparées.</i>
Présentation des résultats	<p><i>La majorité de participants a des vues positives de l'efficacité de l'approche de réduction des risques et a appliqué beaucoup de principes de réduction des risques. Cependant, il y avait quelques individus qui restaient sceptiques sur la réduction des risques et quelques-uns qui ont été en grande partie opposés à l'approche. De plus, plusieurs participants ont indiqué qu'ils ont exigé plus de formation dans la réduction des risques afin d'être sûr comment la réduction des risques est appliquée en pratique. Les résultats de questionnaires ont été catégorisés dans trois sections séparées. La première section rapporte des réponses de participant aux questions de leurs attitudes vers la réduction des risques en général. La deuxième section rapporte les attitudes des participants quant à l'abstinence et le traitement de toxicomanie et la troisième section finale discute des réponses aux questions qui ont traité les perceptions des participants sur la formation par rapport à la réduction des risques.</i></p> <p><i>Attitudes Vers Réduction des risques</i></p> <p><i>Comme la Table 1 indique, une fois demandé s'ils ont été d'accord ou n'ont pas été d'accord avec la déclaration "l'approche de réduction des risques est une forme efficace de traitement," 81 % de participants ont été d'accord (35 % fortement) et 19 % rapportés ils n'ont pas été sûrs. En outre, 92 % de participants ont été d'accord (43 % fortement) avec la déclaration "les personnes diagnostiquées avec des handicaps psychiatriques et les dépendances peuvent profiter de l'approche de réduction des risques," et 84 % acceptés (43 % fortement) que l'approche de réduction des risques est une forme utile et valable de traitement. De plus, 70 % n'ont pas été d'accord (27 % fortement) avec la déclaration, "l'approche de réduction des risques est dangereuse," bien que 27 % aient dit qu'ils n'ont pas été sûrs. De même 81 % de participants Été d'accord (16 % fortement) que la réduction des risques encourage l'utilisation de substance, 11 % n'a pas été sûre et 8 % ont été d'accord avec cette déclaration.</i></p> <p><i>Attitudes Vers Abstinence Abusent en substance de Traitement</i></p> <p><i>Les résultats ont montré que les participants appuyaient les principes généraux de réduction des risques. La grande majorité de participants (84 %) a été d'accord Cela "un but légitime du traitement doit aider les personnes à réduire leur consommation de substance à un niveau qui leur permet de fonctionner efficacement dans la société."</i></p> <p><i>De même 90 % n'ont pas été d'accord que l'abstinence complète est le seul but du traitement de toxicomanie. En outre, 76 % n'ont</i></p>

pas été d'accord que le rétablissement de la toxicomanie a été défini en réalisant l'abstinence complète et 73 % n'ont pas aussi été d'accord que l'abstinence était un but raisonnable et réalisable pour tous les clients (voir la Table 2). Un pourcentage très élevé des personnes interrogées, 95 %, n'a pas été d'accord avec la déclaration, "l'Acceptation d'utilisation de substance n'a aucune place dans le traitement." Finalement, 92 % n'ont pas été d'accord avec la déclaration, "Vous ne pouvez pas aider quelqu'un à se remettre en tolérant la consommation de drogues en aucune façon," et 92 % a accepté que "La rechute est une partie naturelle du processus de rétablissement." En général ces données indiquent que la grande majorité du personnel acceptait généralement des résultats de traitement autres que l'abstinence, bien qu'une petite minorité soit clairement ambivalente à la non acceptation de résultats de traitement d'autres que l'abstinence.

Attitudes Vers Niveau de Formation dans Approches de Réduction des risques

Les participants étaient moins clairs si ils ont compris l'approche de réduction des risques et y ont été formé (voir la Table 3). Moins que la moitié (46 %) ont reconnu qu'ils ont été en juste proportion formés, 30 % indiqués ils n'ont pas été sûrs s'ils ont été en juste proportion formés dans la réduction des risques et 22 % n'ont pas estimé qu'ils ont été en juste proportion formés. De même tandis que 46 % ont reconnu qu'ils ont entièrement compris l'approche de réduction des risques, 32 % n'ont pas été sûrs et 19 % n'ont pas été d'accord avec la déclaration. Finalement, 76 % de participants ont été d'accord avec la déclaration qu'ils ont eu besoin de plus de formation dans l'approche de réduction des risques.

Groupes de discussion : les Aspects Positifs de l'Approche de Réduction des risques

Les participants de groupe de discussion ont exprimé des pensées positives à l'acceptation de l'approche de réduction des risques. Les participants ont indiqué que l'aspect le plus positif de l'approche de réduction des risques était qu'elle place l'importance sur l'engagement et le développement positif, l'acceptation inconditionnelle et des relations tolérantes.

Les participants ont déclaré que l'approche de réduction des risques les a aidés à mieux s'engager avec les clients et à mieux les motivés parce que l'utilisation de substance et la rechute ne sont pas vus comme des échecs ou des faiblesses, mais comme une partie naturelle et attendue du processus de traitement. De même les participants ont indiqué que la tolérance et l'acceptation nécessitée par l'approche de réduction des risques ont amélioré la qualité et la force de leurs relations avec des clients.

De plus, acceptant la rechute comme une partie du processus global de rétablissement, plutôt que de le voir comme un échec, mais comme aidant au processus, cela a renforcé des relations avec des clients à long terme.

Neutralité et responsabilisation

Les participants ont indiqué que l'approche de réduction des risques a amélioré leur capacité d'accepter leurs clients et a approuvé la prise de décisions des clients.

L'approche de réduction des risques a permis aux fournisseurs de placer l'abstinence le long d'un continuum plus large de résultats viables et ainsi étendu ce qu'ils ont perçu comme des buts acceptables. Ceci a tenu compte de plus de flexibilité et a permis aux fournisseurs de prendre une position plus neutre vers l'alcool des clients et d'autres comportements de consommation de drogues.

Les participants ont indiqué que la réduction des risques s'approche d'accents de buts de rétablissement se développant avec des clients et des clients ensuite fournissant avec le support(l'assistance) ils doivent avancer à leur propre allure en maintenant(entretien) leur dignité. Les participants ont rapporté que de seules d'abstinence approches un sentiment souvent renforcé de l'inutilité existant déjà dans des clients, tandis que l'acceptation et le respect reflété par l'approche de réduction des risques ont aidé des clients à avancer avec leurs buts de rétablissement et amélioré(augmenté) leur qualité de la vie.

Groupes de discussion : les Aspects Négatifs de la Réduction des risques

Manque de conséquences naturelles à la consommation de drogues

	<p><i>La critique la plus commune de l'approche de réduction des risques était sa propension perçue de permettre aux clients de continuer à consommer en les protégeant des conséquences naturelles de leurs comportements. Les participants ont critiqué la tolérance de l'approche à l'utilisation d'alcool et des drogues comme l'enlèvement de motivations pour la modération. On a vu la tolérance de la consommation de substance comme l'envoi du mauvais message aux clients et les protègent des conséquences de ce comportement. Ces conséquences pourraient s'étendre à de sanctions légales et des punitions à la perte de logement.</i></p> <p><i>Les participants ont aussi déclaré que l'approche de réduction des risques était souvent en conflit avec la façon dont ils avaient été formés</i></p> <p><i>L'ambiguïté de l'Approche</i></p> <p><i>Les participants ont exprimé le besoin de plus de formation dans l'approche de réduction des risques, comme ils n'ont pas été sûrs de la mise en pratique réelle.</i></p> <p><i>Les participants ont été clairement concernés que l'approche a baissé des espérances sur quelques clients et a exprimé la confusion du but suprême de l'approche :</i></p> <p><i>Tandis que certains ont constaté que l'approche a amélioré leur pratique d'autres praticiens ont éprouvé un temps difficile d'adaptation de ses principes philosophiques avec leur propre formation, du contexte et des philosophies de soins.</i></p> <p><i>Tout de même d'autres exprimés frustration sur que certains perçus pour être le manque de l'approche de clarté, aboutissant à la conclusion par un certain que les ressources doivent être investies dans la formation appropriée afin de mettre en pratique l'approche.</i></p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les praticiens de santé mentale qui ont participé à cette étude ont révélé un tableau complexe de concurrence et des attitudes contradictoires de l'approche de réduction des risques. Bien que beaucoup de praticiens dans l'étude aient révélé des attitudes positives vers la réduction des risques, beaucoup d'autres tenus des réserves sur des avantages de la réduction des risques et une certaine opposition exprimée à l'utilisation de l'approche.</p> <p>Les praticiens en faveur de l'approche ont constaté qu'il les a aidés à engager des clients plus efficacement (effectivement) et construire des relations durables plus fortes, plus confiantes et plus longues. Les praticiens ont dit que la nature flexible et acceptante de l'approche a facilité la communication plus honnête et ouverte avec les clients qui ont en fin de compte renforcé la relation de client-travailleur(-ouvrier). On a découvert des découvertes semblables quand l'approche de réduction des risques a été d'abord développée dans les Pays-Bas (Inciardi et Harrison, 2000; O'Hare, 2000). Dans les Pays-Bas, les praticiens ont utilisé l'approche de réduction des risques dans leur "le travail de la rue" pour atteindre les consommateurs de drogues qui n'étaient pas prêts à commencer le traitement visant l'abstinence (Marlatt, 1998). L'engagement de client lui-même a aussi été identifié comme un aspect clé de rétablissement de handicaps psychiatriques (Linhorst, 2006; Mancini, Hardiman et Lawson, 2005; Rapp, 1998). La capacité de praticiens pour favoriser des relations professionnelles plus fortes, plus productives et en fin de compte plus satisfaisantes avec leurs clients peut avoir des implications positives en ce qui concerne la réduction de la frustration de personnel et l'épuisement (Brotheridge et Grandey, 2002).</p> <p>Les praticiens ont été d'accord de la convenance de l'approche de réduction des risques.</p> <p>De plus, quelques participants ont lutté avec l'idée d'accepter des comportements d'utilisation de substance, parce que ces comportements étaient, en eux/elles-mêmes, nuisibles. L'utilisation de substances peut sans aucun doute mener aux conséquences nuisibles comme le surdosage, la victimisation, l'incarcération, l'exacerbation de symptôme et la perturbation familiale. Les participants ont clairement lutté avec l'éthique d'être l'acceptation de comportement qui pourrait mener à un tel mal. En effet, des programmes de formation universitaires et non universitaires ne peuvent pas en juste proportion préparer des praticiens pour</p>

	<p>traiter ces types de questions éthiques.</p> <p>Ces contradictions peuvent aussi être tracées à l'ambiguïté intense dont quelques participants identifiés comme problématique dans la réduction des risques. Tandis que quelques participants étaient clairement en faveur de l'approche et n'avaient aucune réserve de son efficacité et utilité, d'autres ont lutté avec l'idée d'être tolérants vis à vis de la consommation de substances parce qu'ils ont été formés dans l'approche de traitement traditionnelle qui a vu l'abstinence de l'alcool et des drogues comme le seul résultat légitime.</p> <p>Cette étude avait plusieurs limites. Tout d'abord, cette étude a évalué seulement 37 membres du personnel. Cette étude de cas descriptive est utilisée seulement comme une manière de mettre en évidence la mise en œuvre appropriée et des domaines de recherche futures et les résultats ne devraient être généralisés à aucune population plus large ou d'autres agences. Deuxièmement, l'utilisation de groupes de discussion peut avoir limité les réponses de participants en raison d'un manque de confidentialité et la vie privée inhérente à la recherche de groupe de discussion. Des entretiens individuels ayant pu aboutir à plus de réponses. La troisième, en raison du manque de mesures appropriées, les auteurs ont développé le questionnaire pour cette étude. En conséquence, la fiabilité et des informations de validité pour ce questionnaire ne pouvaient pas être établis, limitant sévèrement la fiabilité des résultats. Finalement, parce que les questionnaires étaient complétés par les participants immédiatement avant les groupes de discussion, la possibilité de réactivité ne pouvait pas être exclue.</p>
Perspectives	<p><i>Les ambiguïtés et les contradictions exprimées par des participants à cette étude ont des implications importantes pour des administrateurs de service sociaux considérant l'approche de réduction des risques. Une implication est qu'il est probablement avantageux d'engager le personnel dans un programme de dialogue et ouvert pour évaluer la compréhension de personnel et l'acceptation d'une perspective de réduction des risques.</i></p> <p><i>Les administrateurs devraient initialement tenir une série d'ateliers intensifs pour tout le personnel d'agence dans la philosophie de réduction des risques et la pratique. On peut fournir la formation par des sources extérieures ou via des administrateurs qualifiés et des superviseurs dans l'institution. La formation continue dans des techniques de réduction des risques devrait être mise en œuvre à intervalles réguliers et les occasions devraient être rendues disponibles pour le personnel pour assister aux ateliers de réduction des risques et des conférences à l'extérieur de l'institution.</i></p> <p><i>Les administrateurs d'agence et des superviseurs devraient être bien formés dans la réduction des risques et peuvent être des mentors pour le personnel sur la façon d'appliquer l'approche. Finalement, les institutions utilisant une perspective de réduction des risques devraient conduire les évaluations de compétence pour le personnel et l'acceptation de l'approche, idéalement en utilisant des évaluateurs extérieurs. Ces évaluations peuvent être utilisées non seulement pour déterminer dans quelle mesure des membres du personnel mettent en œuvre l'approche de réduction des risques, mais aussi identifier et réduire la polarisation de personnel quant à l'approche par le dialogue ouvert et par la discussion.</i></p>
Questions générales	Article respectant la rigueur scientifique, les limites de l'études sont décrites clairement. Quelques détails concernant le contexte où se déroule l'étude manquent.
Présentation	
Evaluation globale	<i>Les résultats répondent à une partie de notre question de recherche.</i>

Références bibliographiques :

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Nous déclarons, Mirlinda Sertollaj et Tania Dousse, avoir rédigé notre travail de Bachelor seules et sans avoir eu recours au plagiat.

Tania Dousse

Mirlinda Sertollaj

Rapport-Gratuit.com