



UNIL | Université de Lausanne

Hes·SO

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Fachhochschule Westschweiz

University of Applied Sciences and Arts
Western Switzerland

Master ès Sciences en sciences infirmières

Master conjoint
UNIVERSITE DE LAUSANNE
Faculté de biologie et de médecine, Ecole de médecine
et
HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE
Domaine santé

RELATION ENTRE
L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE
INFIRMIÈRE/PATIENT, ET LES CONTRÔLES
PERÇUS PAR LE PATIENT EN TRAITEMENT DE DÉPENDANCES

Stefanie Senn

Ian Needham, PhD
Directeur de mémoire

Juillet 2011

Sommaire

Le but de cette étude était d'investiguer l'association entre l'alliance thérapeutique et le contrôle de substances, comme il est vécu par le patient. La théorie de King et le concept de l'alliance thérapeutique figuraient comme cadres théoriques. L'investigation se faisait à l'aide d'un questionnaire auto-administré, incluant l'instrument *working alliance inventory* (WAI) dans sa forme abrégée, traduit et validé en français, visant un échantillon de convenance (n=28). L'alliance thérapeutique était évaluée sur une échelle Likert à 12 questions, et les alliances thérapeutiques se sont révélées comme bonnes ($x=61.68$, $\text{max}=84$). Mais il y a une relation linéaire négative significative entre le degré à quel point les contrôles sont perçus comme pesants, évalués par une question supplémentaire sur une *visual analog scale* (VAS), et l'établissement d'une alliance thérapeutique ($r = -0.67$, $p\text{-value} > 0.001$). De plus, la forme d'admission joue un rôle significatif, car dans cette étude, les patients admis sous pression de l'extérieur (n=7) ont de moins bonnes alliances (t , $p\text{-value} = 0.018$) et vivent les contrôles comme plus pesants (Z , $p\text{-value} = 0.004$) que les patients admis de leur propre gré (n=21). Malgré que ces résultats ne sont, vu le petit échantillon (n=28), pas généralisables, ils pourraient impliquer pour la pratique de repenser la prise d'urine et d'être sensibilisés aux conséquences possibles. Des options, comme l'introduction d'une supervision par caméra ou le retrait complet de l'infirmière de référence de toute sorte de contrôles, seraient imaginables. Au moins pour les personnes hospitalisées sous pression de l'extérieur et qui sont probablement, pour cette raison, plus susceptibles à tout dérangement de la relation.

Summary

The aim of this study is to explore the association between the patient–nurse working alliance and the degree of how much substance use control is perceived as burdensome in an addiction therapy setting. Imogene King's theory and the working alliance concept were used as theoretical framework. The investigation was undertaken by a self-administered questionnaire with the working alliance inventory (WAI) in his short-form as an instrument, translated and validated in French and targeting an appropriate sample (n=28). In this sampling the working alliance was evaluated by 12 questions on a Likert-Scale and perceived as generally good ($x=61.68$, $\text{max}=84$). But there is a significant negative linear relation between the perception of the drug-controls as burdensome, evaluated by an additional question on a visual analogue scale (VAS), and the establishment of a working alliance ($r = -0.67$, $p\text{-value} > 0.001$). Furthermore, the form of admission is important, because involuntarily hospitalized patients (n=7) (t , $p\text{-value} = 0.018$) form worse working alliances, and perceive the controls as more burdensome (Z , $p\text{-value} = 0.004$) as opposed to voluntarily hospitalized patients (n=21). Even though these results can't be generalized because of the

small sample (n=28), they raise important questions for practice, at least for involuntarily hospitalized patients. These patients seem to be more susceptible to any disturbance of the relationship and possible consequences need to be taken into account. In addition, drug-control might have to be reassessed. The findings also raise questions about the use of camera supervision as an alternative to nursing supervision, and about the need for the referential nurses to refrain from control interventions.

Remerciements

En tout premier, je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Ian Needham, pour son soutien et son accompagnement lors de questions et soucis. Deuxièmement, je remercie Monsieur Antille pour sa collaboration appréciée. Et je remercie aussi la Haute école de Santé de Fribourg, qui m'a soutenue avec une participation salariale lors de mes études de Master.

Table des Matières

Sommaire/Summary.....	i
Remerciements.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des appendices.....	vii
Chapitre 1: Problématique.....	1
1.1 Introduction.....	2
1.2 Le cadre théorique et conceptuel.....	4
1.2.1 <i>La théorie d'Immogene King</i>	4
1.2.2 <i>L'alliance thérapeutique</i>	5
1.2.3 <i>La confiance dans la relation infirmière-patient</i>	7
1.2.4 <i>La Confiance globale et institutionnelle</i>	8
1.3 Le contrôle de substances de dépendance.....	9
1.4 Le conflit de rôle en psychiatrie carcérale.....	12
1.5 La pertinence clinique.....	13
1.6 La question de recherche.....	14
1.7 But et objectif de l'étude.....	14
Chapitre 2: Recension des écrits.....	15
2.1 Introduction.....	16
2.2 La théorie d'Immogene King.....	16
2.3 L'alliance thérapeutique.....	19
2.4 La confiance dans la relation infirmière/patient.....	20
2.5 La confiance globale et institutionnelle.....	25
2.6 Le conflit de rôle en psychiatrie carcérale.....	25
2.7 L'éthique dans les soins psychiatriques.....	28
2.8 Le traitement des dépendances.....	29
2.9 Le rôle de l'infirmière dans la découverte et le traitement des dépendances.....	32
2.10 Le risque de rechute dans la consommation.....	35
Chapitre 3: Méthode.....	38
3.1 Type d'étude.....	39
3.2 Sélection des participants et recrutement.....	39
3.2.1 <i>Critères d'inclusion</i>	39
3.2.2 <i>Critères d'exclusion</i>	39
3.2.3 <i>Taille d'échantillon</i>	39
3.3 Méthode d'investigation.....	40

3.3.1	<i>Pré-Test</i>	40
3.3.2	<i>Récolte des données</i>	40
3.3.3	<i>Instruments</i>	41
3.3.4	<i>Questionnaire</i>	41
3.4	Aspects éthiques et évaluation des risques.....	42
3.5	Formulaires d'information et de consentement.....	43
3.6	Sources de financement et rétribution.....	43
Chapitre 4 : Résultats.....		44
4.1	Analyse des données.....	45
4.2	Présentation des résultats.....	46
4.2.1	Résultats des analyses descriptives.....	46
4.2.1.1	<i>Fréquences des données sociodémographiques et caractéristiques de l'échantillon</i>	46
4.2.1.2	<i>Alliance thérapeutique</i>	48
4.2.1.2.1	<i>Distribution des taux obtenus par le WAI</i>	49
4.2.1.3	<i>Contrôles effectués par l'infirmière</i>	50
4.2.2	Tests de normalité.....	51
4.2.2.1	<i>Taux du WAI</i>	51
4.2.2.2	<i>Taux du VAS</i>	52
4.2.3	Analyses d'association.....	52
4.2.3.1	<i>Analyse de corrélation entre le WAI et le VAS</i>	52
4.2.3.2	<i>Association avec les données sociodémographiques</i>	53
4.2.3.2.1	<i>Sexe</i>	54
4.2.3.2.2	<i>Age</i>	54
4.2.3.2.3	<i>Etat civil</i>	56
4.2.3.2.4	<i>Admission</i>	56
4.2.3.2.5	<i>Nombre d'hospitalisations</i>	58
4.2.3.2.6	<i>Profession</i>	59
4.2.3.2.7	<i>Durée d'hospitalisation</i>	60
4.2.3.2.8	<i>Durée de dépendance</i>	60
4.2.3.2.9	<i>Type de substance</i>	61
4.2.5	Relation entre les différentes données sociodémographiques.....	61
4.2.5.1	<i>Fréquences de distributions</i>	61
4.2.5.2	<i>Analyse de chi 2</i>	63
4.2.6	Régression linéaire.....	64
4.2.6.1	<i>Taux totale du WAI avec le VAS et l'admission</i>	64
4.2.7	Régression logistique.....	65

Chapitre 5 : Discussion.....	67
5.1 Les données descriptives.....	68
5.1.1 <i>L'alliance thérapeutique</i>	68
5.1.2 <i>Le rôle de contrôle</i>	70
5.2 Analyses d'association.....	72
5.2.1 <i>Association entre le rôle de contrôle de l'infirmière et l'alliance thérapeutique</i>	72
5.2.2 <i>Association avec les données sociodémographiques</i>	75
5.3 Les limites de l'étude.....	91
5.3.1 <i>Limites d'ordre méthodologique</i>	91
5.3.2 <i>Limites se rapportant à la méthode d'échantillon</i>	92
5.4 Implications pour la pratique.....	94
5.5 Perspectives futures de recherche.....	96
Chapitre 6 : La conclusion.....	98
Références.....	100

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Profil des patients de l'échantillon.....	47
Tableau 2 : Moyenne et écart-type pour les 12 items du WAI.....	48
Tableau 3 : Moyenne et écart-type pour la question supplémentaire du VAS.....	51
Tableau 4 : Corrélations.....	53
Tableau 5 : Données sociodémographiques	62
Tableau 6 : Odds Ratio.....	66

Liste des Appendices

Appendice A: Théorie d'atteinte de but d'Immogene King.....	107
Appendice B : La théorie d'Immogene King.....	109
Appendice C : Questionnaire distribué aux patients.....	111
Appendice D : Formulaire d'information.....	115
Appendice E : Feuille de consentement éclairé.....	117
Appendice F : Tableau des articles.....	119

Chapitre1 : Problématique

1.1 Introduction

Selon l'Office fédéral des statistiques il y a en Suisse 33.4% des femmes et 37.5% des hommes qui consomment au minimum 1-2 fois de l'alcool par semaine. De plus 2.4% des femmes entre 15-59 ans et 6.6% des hommes entre 15-59 ans consomment du cannabis. 0.6% des femmes et 1.0% de la société consomment des drogues illégales (Office fédéral des statistiques, Enquête suisse sur la santé, 2007). Dans le canton de Fribourg, 439 personnes reçoivent de la méthadone comme traitement de substitution et, dans le canton de Vaud, 1561 personnes. Dans ces deux cantons, il n'y a pas de substitution de diamorphine (héroïne synthétique), contrairement au canton de Berne où il y a 377 personnes dans un programme de substitution de diamorphine. Le système de monitoring sur les dépendances en Suisse (act-info, 2010) parle, en 2008, de 3210 hommes et 1380 femmes entrés dans une thérapie pour des problèmes d'alcool. On indique que 1517 hommes et 529 femmes pour des traitements contre dépendance d'opiacés, et 378 hommes et 119 femmes pour des problèmes de cocaïne. Comme toutes les institutions ne participent pas à ce monitoring, les chiffres sont encore plus élevés (Office fédéral de la santé publique, OFSP Suisse, 2010).

Dans l'institution où se déroule l'enquête, il y avait 299 personnes hospitalisées en 2009 pour des dépendances à l'alcool, ce qui signifie une augmentation de 30% depuis 1998. Concernant la toxicodépendance, le rapport annuel 2009 parle de 124 personnes et une diminution de 11% en comparaison avec l'année 1998. Sur l'unité pour le traitement des dépendances qui compte en moyenne 22 lits, le rapport annuel soulève 7'876 journées d'hospitalisation.

La consommation de substances psycho-actives est un phénomène complexe. Selon la classification de l'OMS (WHO), le CIM-10 (ICD-10), il est sous le chapitre V: « troubles mentaux et du comportement » sous F10-F19: « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives » (OMS, CIM-10, 2010). La classification distingue « Intoxication aiguë », « Utilisation nocive pour la santé » et « Syndrome de dépendance » (OMS, CIM-10, 2010). Pour le diagnostic du « Syndrome de dépendance », les critères suivants sont à respecter et au minimum trois des critères doivent être persistants pendant la dernière année : - désir puissant de prendre la drogue, - difficulté à contrôler la consommation, -tolérance accrue, -syndrome de sevrage physique, - désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, - poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives (OMS, CIM-10, 2010).

Les éléments étiologiques de la dépendance sont multiples et les variations énormes ne permettent aucune explication solide. Le modèle biopsychosocial (Engel, 1977, cité par Richard & Lussier, 2005) contient une combinaison d'éléments variés qui peut provoquer une initiation ou continuation de la dépendance (Allen, 1998). Selon Allen (1998), il faudrait rajouter aux aspects biopsychosociaux un élément spirituel pour le rendre vraiment holistique. Elle parle d'une perte de la connexion spirituelle qui peut augmenter le risque de dépendance. De plus, il est important de considérer les influences culturelles ; par exemple dues à l'immigration (Allen, 1998).

Les progrès en neurobiologie ont identifié les effets neurocomportementaux de la drogue et leur association avec le système de neurotransmetteurs qui sont reliés avec un développement de dépendance. Des études génétiques récentes ont démontré que la dépendance a une condition héréditaire, certaines variations génétiques prédisposent des individus à une dépendance, pendant que d'autres sont protégés (Jung & Namkoon, 2006).

La définition de la dépendance est, dans le CIM-10, dans la littérature et dans la pratique, souvent traitée comme syndrome incluant toute forme de dépendance sans distinction entre les différentes substances abusives. En pratique, la dépendance ne peut souvent pas être limitée à une substance, car de nombreux patients traités en institution souffrent de poly-toxicomanie, consommant des substances différentes. Pour cette raison, le terme dépendance est traité de manière générale dans ce travail.

La dépendance de drogue est fortement stigmatisante (De Vargas & Luis, 2008 ; Goffman, 1975). Selon Holzer, les patients dépendants interviewés dans une étude qualitative sur le vécu des patients toxicomanes dans un hôpital général dans le canton de Fribourg, ont souvent eu l'impression d'être plus traités selon leur stigma que selon leur individualité et personnalité (Holzer, 2007). Il semblerait que la dépendance n'est encore pas partout perçue comme une maladie (De Vargas & Luis, 2008, Holzer, 2007). Holzer mentionne ainsi que les interviewés ont exprimé avoir subi des contrôles spécialement conçus pour eux, et lors d'accusations, c'était à eux de se justifier. La peur de subir ces discriminations amène à un processus circulaire qui augmente les réactions défensives, ce qui pourrait amener le personnel de l'hôpital à d'autres comportements discriminants (Holzer, 2007). Tous ces éléments diminuent une mise en place de relation harmonieuse avec le personnel de l'hôpital, ce qui pourrait amener les patients à la croyance de ne pas recevoir les mêmes soins comme les autres (Holzer, 2007). Les patients étiquetés comme toxicomanes vivent une barrière dans leurs relations avec les professionnels de la santé, et ils ont l'impression

d'être victimes de diverses mesures discriminatoires, comme par exemple la diminution de l'empathie et de l'engagement du professionnel, le pessimisme par rapport à ce qui peut être fait pour leur santé, les jugements sur leurs comportements et leurs choix de vie (Richard & Lussier, 2005).

La problématique décrite se situe dans l'interaction et la relation des infirmières avec les patients. La théorie d'Immogene King circonscrit cette relation et les interactions, raison pour laquelle sa théorie figure comme cadre de cette étude. Un concept pour décrire et mesurer la relation soignant/patient est l'alliance thérapeutique qui pourrait être introduit dans la théorie de King, afin de rendre possible une application et mesure de l'élément de la transaction (voir *graphique Theorie d'Immogene King*, figure 1, Appendice A). Si l'alliance thérapeutique figurait dans ce travail comme concept d'application de la transaction (voir *graphique explicatif*, figure 2, Appendice B), les éléments importants ayant une influence réciproque avec cette alliance thérapeutique pourraient être : -la confiance personnelle, -la confiance institutionnelle, -et le rôle de contrôle. Dans la suite de mon travail, tous ces éléments vont être décrits à l'aide des articles et sous forme de paragraphes dans le chapitre de la problématique, et certains paragraphes vont être approfondis dans le chapitre de la recension des écrits.

1.2 Le cadre théorique et conceptuel

1.2.1 La théorie d'Immogene King

Immogène King (1981, 1991) définit l'acte de soigner comme acte humain et décrit les « patterns » interactionnelles comme essence des soins et les objets gouvernant la relation infirmière-patient (Meleis, 2007). Dans sa théorie, le soin est un processus interactif par sa nature, ces interactions amènent à une transaction conduisant à l'atteinte des objectifs (King, 1991). Richard & Lussier (2005) décrivent l'interaction comme à travers des paroles et les types d'actes de langage, définissant la relation (Richard & Lussier, 2005).

En ce qui concerne l'efficacité de la relation infirmière-patient, King décrit les phases suivantes: -action, -réaction, -interaction, -perception et -transaction. Selon King, un dérangement lors de l'action ou de l'interaction entrave l'atteinte des buts et rend la transaction impossible (Carter & Dufour, 1994). Si les infirmières et les patients effectuent des transactions lors de situations de soins, ils communiquent pour échanger leurs valeurs ancrées dans des situations spécifiques. Ceci inclut également des négociations afin de parvenir à un accord entre les deux participants. Si les deux personnes échangent leurs

valeurs référentielles concernant des événements dans le présent et identifient les éléments en commun, les objectifs peuvent être définis mutuellement. Quand l'étape des transactions est achevée, les objectifs sont atteints. Les attentes et la performance du rôle de l'infirmière ainsi que du patient influencent ces transactions (King, 1981).

Le concept du rôle est une construction importante, il identifie les relations ainsi que les différentes formes de communication. Le rôle définit le soi en relation avec un vis-à-vis, et le vis-à-vis en relation avec le soi (King, 1981, 1991). Les rôles sont vus comme relation avec une autre personne, une position ou une situation (King, 1981, 1991). Le concept du rôle oblige l'individu à communiquer avec d'autres et à interagir de manière pertinente pour atteindre les buts fixés (King, 1981, 1991). Le rôle se compose de nombreux concepts dont certains se révèlent pertinents pour les soins infirmiers, tels que « role taking », « role playing », « role enactment », « role relationship », « role expectations » et « role conflict ». Reprenant le dernier concept, il est à noter que les infirmières forment majoritairement des groupes d'individus employés. Leurs employeurs peuvent avoir des attentes différentes que celles qu'elles se sont fixées elles-mêmes. Si les attentes d'un employeur se trouvent être opposées au fonctionnement professionnel et aux valeurs des infirmières, un conflit de rôle peut apparaître, mettant en danger l'efficacité des soins (King, 1981, 1991).

Dans la volonté d'appliquer sa théorie dans la pratique, King (1981) détermine certaines conditions influençant l'interaction qu'elle appelle hypothèses, deux d'entre elles sont particulièrement proches de ma problématique : (6) Si l'attente vis-à-vis du rôle et sa concrétisation, perçues par l'infirmière et le patient, sont congruentes, des transactions sont possibles ; (7) Si un conflit de rôle est vécu par l'infirmière ou le patient ou les deux, des tensions dans l'interaction infirmière-patient vont apparaître (traduction libre, King, 1981, 1991). Certaines limitations dans l'application clinique de la théorie de King sont évoquées, étant donné que la théorie ne donne pas de guides d'application dans le processus de soins (Meleis, 2007).

1.2.2 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique de Hovarth et Greenberg (1989) basée sur la théorie de Bordin de l'alliance (Bordin, 1979) aimerait joindre l'objectif partagé par le patient et le thérapeute de diminuer la souffrance du client (Gehrs & Goering, 1994, cité par Corbière, Bisson, Lauzon & Ricard, 2006). La relation infirmière-patient basée sur la confiance, est un élément essentiel dans la santé mentale dont les patients ont besoin pour guérir (Bell & Duffy, 2009 ; Berg & Danielson, 2007 ; Cutcliffe & Mackenna, 2005 ; Gilbert, Rose & Slade,

2008 ; Hem, Heggen & Ruyter et al, 2008). D'autres auteurs mentionnent que la relation serait l'essence même de tout soin psychiatrique (Forchuk, 1995; Peplau, 1988 ; cité par Rask, Brunt & Fridlund, 2008). La relation thérapeutique est décrite comme relation asymétrique entre un patient souffrant de besoin d'aide, et l'essai de l'infirmière de soulager sa souffrance (Berg & Danielson, 2007).

L'évaluation de la relation thérapeutique est, selon Corbière et al (2006), fondamentale pour la compréhension du processus et de ses résultats. Le rôle bénéficiant de l'alliance entre le client et le thérapeute est aujourd'hui largement reconnue. Le concept de l'alliance a eu plusieurs noms comme « therapeutic alliance », « helping alliance » et « working alliance ». Ces termes se réfèrent à l'expérience du patient concernant le traitement et la relation avec le thérapeute comme aidant, ou potentiellement aidant, pour l'atteinte des objectifs (Corbière et al, 2006). Ce processus d'alliance est interactif, où chaque acteur met le focus sur le traitement pendant qu'il établit un lien mutuel. Selon Gaston (Gaston, cité par Corbière et al, 2006), cette alliance a trois fonctions dans la thérapie : - l'alliance est thérapeutique elle-même, - l'alliance est un pré-requis essentiel pour que des interventions thérapeutiques soient efficaces, -l'alliance interagit avec différents types d'interventions thérapeutiques (traduction libre, Gaston, 1990, cité par Corbière et al, 2006). Le changement thérapeutique est, selon Corbière et al, en citant Beutler (2001) le plus grand, si le thérapeute est habile et peut promouvoir la confiance, acceptation, reconnaissance, collaboration et du respect pour le patient et son environnement (Beutler, 2001, cité par Corbière et al, 2006).

Une relation entre l'alliance et les résultats concernant la consommation chez les patients souffrant d'alcoolisme a été trouvée par Connors, DiClemente, Dermon, Kadden, Carrol & Frone (2000). Selon leurs résultats, la relation entre la disposition motivationnelle du patient de changer et le « score » obtenu par le test d'alliance était la plus forte (Connors et al, 2000). D'autres auteurs ont examiné dans une étude l'impact de l'alliance et ont vu que l'alliance précoce était un prédicteur signifiant des pourcentages de jours d'abstinence (Dundon, Pettinati, Lynch, Xie, Varillo & Makadon, 2008). D'autres ont trouvé que de meilleures alliances thérapeutiques tôt dans le traitement prédisent une adhésion plus longue au traitement (Luborsky et al, 1995, Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995 et Petry & Bickel, 1999, Barber et al, 2001, Fenton et al, 2001, cité par Meier, Donmall, Barrowclough, Mc Elduff & Heller, 2005). Des relations positives ont aussi été rapportées dans une bonne relation thérapeutique et l'engagement du patient vis-à-vis d'une non-consommation de drogue dans l'institution (Simpson et al, 1995).

Les clients qui ont une meilleure motivation, de meilleures stratégies de coping, du support social et une capacité d'attachement, étaient mieux prédisposés pour développer des bonnes alliances (Meier et al, 2005, Bordin, 1979). Sous motivation, Meier et al (2005) mentionnent : -pression de l'extérieur, -besoin d'aide, -être prêt pour un traitement, comme éléments qui influencent l'alliance positivement (traduction libre, Meier et al, 2005). Selon Meier et al (2005), un patient motivé pourrait voir les missions du thérapeute d'une manière plus positive et s'investir plus dans la thérapie, avec un meilleur accord avec les objectifs visés. Une admission précédente est aussi bénéfique à une bonne alliance, parce que les patients ayant de l'expérience dans l'interaction positive avec d'autres peuvent plus facilement construire une bonne relation avec les thérapeutes (Meier et al, 2005). Des éléments favorisants sont : -un thérapeute gentil, -prêt à aider et -respectant des règles sociales (traduction libre, Meier et al, 2005). Il semble que des éléments démographiques, comme -sexe, -âge, -ethnicité, -statut d'emploi, -problèmes psychologiques et -éléments diagnostiques sont des éléments influençant (Meier et al, 2005). Meier & Donmall (2006) mentionnent que l'alliance thérapeutique est l'un des prédicateurs les plus consistants d'adhésion et d'atteinte d'objectifs dans le traitement de dépendances et capable de décroître des « drop-outs » (Meier & Donmall, 2006).

1.2.3 La confiance dans la relation infirmière-patient

La confiance forme la base d'une relation thérapeutique et en est l'un des attributs les plus importants (Cutcliffe & Mackenna, 2005). La discipline infirmière renferme de nombreux écrits ayant pour sujet le concept de confiance et ceci généralement en lien avec la relation entre l'infirmière et le patient. Johns (1996) a saisi plusieurs composantes fragmentées dans la littérature des sciences infirmières pour sa définition conceptuelle de la confiance : « la volonté de se placer dans une relation qui établit ou augmente la vulnérabilité avec la dépendance de quelqu'un ou de quelque chose et de se comporter ou se dérouler d'une manière attendue » (Hubcey, Penrod, Morse & Mitcham, 2001). Les caractéristiques communes trouvées de la confiance, dans les définitions en sciences infirmières, incluent : - être dans l'attente de quelque chose, -avoir confiance en quelqu'un et être -investi dans une relation (traduction libre, Hubcey et al, 2001). Avant de prendre la décision de se confier, un individu doit avoir un besoin ne pouvant être satisfait sans l'assistance d'un autre individu. Celui qui doit faire confiance choisit un individu particulier, car faire confiance le transfère dans une situation vulnérable (Hubcey et al, 2001, Johns, 1996). Cette confiance décrite n'est pas globale, elle peut être limitée à un champ particulier. La fiabilité de la personne à laquelle l'individu fait confiance sera testée sans cesse (Hubcey et al, 2001). Comme le précisent d'autres auteurs, une infirmière fiable est vitale pour un patient, d'autant plus s'il

est diminué dans sa capacité de faire une évaluation de la fiabilité d'autrui (Bell & Duffy, 2009). Selon Hubcey et al (2001), les attributs du concept de confiance sont : -la dépendance à un autre individu suite à un besoin, -le choix et l'intention de prendre un risque, -une expectation que l'individu de confiance va se comporter d'une certaine manière, -un focus limité ou un comportement en relation avec le besoin, -la vérification de la fiabilité de la personne (traduction libre, Hubcey et al, 2001).

Dans une enquête critique du concept de confiance, Hubcey et al (2001) ont élaboré 11 questions. Deux de ces questions m'ont interpellée ou confortée dans ma problématique : 6. Est-ce qu'un individu fait confiance à un autre en fonction de son rôle ou en mesurant les caractéristiques personnelles de l'autre ; 7. Est-ce que la confiance est unilatérale, bilatérale ou réciproque (traduction libre, Hubcey et al. 2001). En partant de l'hypothèse que la confiance se base également sur le rôle de la personne (Hem, Heggen & Ruyter, 2008) en face et non seulement sur son caractère et sa personnalité, une méfiance du patient envers l'infirmière de référence serait imaginable lors de rôle contrôlant combiné avec le rôle de personne de lien. En définissant la confiance comme élément réciproque, nous voyons qu'une atteinte à ce niveau-là pourrait amener à des problèmes dans la réussite du traitement de personnes souffrant de dépendance. En effet, au travers de cette atteinte de la confiance face à l'infirmière, c'est toute l'institution qui pourrait être remise en question par le patient, qui lui est habitué à ce que la société dans laquelle il vit lui démontre de la méfiance (Hem, Heggen & Ruyter, 2008).

1.2.4 La confiance globale et institutionnelle

La confiance peut être généralisée et peut aller plus loin qu'une relation entre individus, on parle alors de confiance globale (Cutcliffe & Mackenna, 2005; Hupcey et al, 2001). Cette confiance globale joue un rôle dans une étude d'Ahnquist, Lindström & Wamala, (2008) qui ont démontré que le manque de confiance des patients envers l'institution est lié à la consommation nuisible d'alcool, et ceci même si la confiance personnelle était relativement bonne (Ahnquist et al, 2008).

La confiance institutionnelle est vue comme fait que l'existence des institutions reflète une certaine fiabilité et soutient la confiance dans l'interaction entre les clients et les professionnels. Cette confiance est adressée au système d'une manière diffuse et semble être relativement longtemps immune contre des perturbations (Di Luzio, 2006, cité par Sauter, Needham & Wolff, 2011). De plus, cette confiance peut être soutenue par les attributs sociologiques d'une profession incorporant des compétences qui sont plus

développés que chez le client demandant de l'aide (Di Luzio, 2006, cité par Sauter et al, 2011). Selon Di Luzio (2006), les attributs de la personnalité jouent un rôle moins important dans ce cas, cependant la consultation individuelle dans une institution semble être soumise à condition que les clients ne voient pas le système comme construction diffuse, mais comme attachée à la personnalité. Dans cette situation, la confiance ne se génère pas automatiquement, et il y a des moments complexes et difficiles à contrôler. Selon l'auteur, les institutions avec contact personnel direct sont plus prédestinées à perdre la confiance du client (Di Luzio, cité par Sauter et al, 2011).

1.3 Le contrôle de substances de dépendance

Dans de nombreuses institutions traitant les dépendances, il est exercé un contrôle sur la prise de la substance concernée. Par exemple, dans un traitement de méthadone, dès qu'un patient s'inscrit dans un programme et donne son accord avec la structure, les analyses d'urine s'effectuent afin de surveiller si le patient prend la méthadone prescrite et si le patient utilise des drogues non-prescrites à côté (Goldstein & Brown, 2003 ; Strike & Rufo, 2010).

La mise en place de ces contrôles d'alcool et/ou drogue, comme l'Ethylotest par voie respiratoire, les analyses d'urine ou le contrôle des affaires personnelles (Holnburger, 2003) se basent sur des résultats de recherche empiriques, démontrant que les contrôles aident au maintien de l'abstinence (Skipper, Weinmann, Thierauf, Schaefer, Wiesbeck, Allen et al, 2004). Les contrôles des affaires personnelles doivent être effectués dans le cadre de l'admission, quand l'unité était quittée pour un certain moment et lors des visites amenant des cadeaux (Holnburger, 2003). Suivant l'institution, des journées de contrôle général existent où tout l'environnement des patients est investigué. Tous les contrôles doivent être documentés (Loth, Rutten & Huson-Anbeck, 2002) et il est souhaitable que les contrôles des affaires personnelles soient faits par deux personnes et en tout cas toujours en présence du patient (Holnburger, 2003). Tous ces contrôles tombent généralement sous la responsabilité de l'infirmière. Les contrôles concernant les substances consommées sont exigées par les institutions de traitement des dépendances, et touchent le quotidien des infirmières beaucoup plus que tout autre professionnel.

Certains auteurs soulignent aussi l'importance du contrôle urinaire comme complément à l'auto-report, dans la promotion de l'information dans le traitement des patients dépendants (Kilpatrick, Howlett, Sedgwick & Ghodse, 2000). Les tests urinaires sont considérés comme fondamentaux dans le traitement et la gestion des patients souffrant de dépendance, pour

l'atteinte des objectifs suivants : -aider à diagnostiquer, -superviser le traitement et -fournir un instrument épidémiologique afin d'étudier des « patterns » de l'abus de drogue (Simpson et al, 1995 ; Kilpatrick et al, 2000). Pourtant, les tests d'urine ont également des désavantages, ne fournissant que des informations qualitatives ; comme la substance utilisée, et non pas de données quantitatives, comme par exemple le dosage et le temps écoulé depuis que la substance a été consommée (Kilpatrick et al, 2000).

L'analyse urinaire ne peut donc donner qu'un indice sur la consommation effective ou non, et ne reflète qu'un aperçu limité demandant une répétition régulière (Kilpatrick et al, 1998). De plus, il est sensible à toute manipulation telle la dilution ou l'adjonction de substances chimiques rendant la détection de la substance plus difficile (Huestis, Cone, Wong, Umbricht & Preston, 2000). La fréquence optimale des tests d'urine est aussi un débat ; certains auteurs proposent une combinaison entre les tests planifiés aléatoires sur tous les patients afin de diminuer le risque de biais causé par l'information du patient, ainsi les tests selon besoins ; par exemple s'il y a des problèmes spécifiques (Kilpatrick et al, 1998). D'autres auteurs comme Goldstein & Brown (2003) mentionnent qu'une détection fiable de consommation de drogue non-prescrite ne peut se faire que par des procédures de tests journaliers, ce qui est très cher à implanter dans la pratique. Dès que les tests se font de manière randomisée, il y a un risque que les patients apprennent à connaître les cycles des tests et consomment à l'extérieur (Goldstein & Brown, 2003).

Avoir des analyses d'urine négatives figure souvent comme condition afin de pouvoir prendre sa dose de méthadone à la maison (Goldstein & Brown, 2003) ou d'avoir des privilèges ; comme des congés à la maison lors d'hospitalisation. S'il y a consommation d'autres drogues non-prescrites, les rencontres avec des médecins peuvent être augmentées, les doses ne peuvent pas être amenées à la maison, ou- dans certaines institutions- le traitement s'interrompt (Goldstein & Brown, 2003 ; Strike & Rufo, 2010).

Un sous-entendu de ces tests est l'assumption que les patients ne sont pas fiables dans l'auto rapport de leur substances consommées, malgré que des auteurs ont démontré la concordance entre la consommation de drogue avouée par le patient et les résultats des analyses urinaires chez des patients sous traitement de méthadone (Digiusto, Seres, Bibby & Batey, 1996). Les personnes testées ont avoué deux fois plus souvent avoir consommé des drogues que l'on a détecté cette consommation dans les urines. Une concordance entre l'auto-rapport et l'analyse urinaire était dans la plupart des drogues élevée (Digiusto et al, 1996). Cette étude trouvait peu d'individus n'admettant pas la consommation de drogue. En moyenne, concernant toutes les drogues, seulement 2% d'abus de substance était dénié et

contradictoire avec les résultats positifs d'urine (Digiusto et al, 1996). Des découvertes similaires ont été faites par Yacoubian & Urbach (2002), alors que l'analyse urinaire est utilisée régulièrement comme instrument pour valider l'utilisation de drogue auto-rapportée. Des analyses ont montré que la force de congruence entre les deux éléments pour mesurer la consommation de drogue était persistante à travers le temps. Ces résultats suggèrent, selon les auteurs, un besoin de thématiser et peut-être remettre en question les analyses d'urine (Yacoubian & Urbach, 2002). D'autres auteurs ont examiné la validité de l'auto-report de consommation dans des situations plus réalistes et ont trouvé que les patients minimisaient la consommation et ne reportaient pas de manière fiable (Chermack, Roll & Reilly, cité par Strike & Rufo, 2010)

Une autre discussion se fait autour de la nécessité de superviser la collection d'urine. Ceci pour prévenir les patients de substituer l'urine sans drogue de quelqu'un d'autre. Selon Strike & Rufo (2010), les Guidelines pour la « Methadone Maintenance Therapy » du Canada, se positionnent qu'une observation directe pendant la prise d'échantillon d'urine est humiliant pour les deux, les patients et le personnel, et peut donner l'impression aux patients qu'on ne leur fasse pas confiance (Health Canada, Office of Canada's Drug Strategy, 2002, cité par Strike & Rufo, 2010). Pour cette raison et aussi pour des questions de ressources, l'on a introduit la supervision par des cameras (Strike & Rufo, 2010).

Les voix des patients et du personnel sont souvent absentes dans la littérature et les débats autour de l'analyse d'urine (Strike & Rufo, 2010). Même si les perceptions des analyses d'urines diffèrent dans les interviews semi-structurées avec des patients (n=64), le personnel (n=18) et des médecins (n=14) faits par Strike & Rufo (2010), il y a une considérable insatisfaction avec les tests vu l'impact émotionnel sur les patients et les implications pour la relation thérapeutique chez le personnel. Certains professionnels voient l'acte comme dégradant et comme une invasion dans le privé. D'autres le voient comme quelque chose de désagréable, mais le trouvent important dans le cadre de la thérapie. Ceux qui étaient pour les tests, argumentaient aussi qu'ils fournissaient des éléments permettant d'entrer en communication avec le patient ; par exemple sur des événements ayant déclenché un changement de consommation et figurant comme obstacles à la thérapie (Strike & Rufo, 2010). Ceux qui étaient contre l'utilisation des tests argumentaient que ceci n'était pas congruent avec l'établissement d'une alliance thérapeutique et pouvait même bloquer son développement ou sa maintenance (Strike & Rufo, 2010).

Chez les patients, il y avait ceux qui le vivaient comme expérience très lourde, mais faisaient une différence entre l'observation pendant la prise d'échantillon par le personnel ou par des

cameras. Mais les deux supervisions mobilisent des réponses émotionnelles négatives, et beaucoup de patients vivaient la procédure comme embarrassante, dégradante et invasive (Strike & Rufo, 2010). Mais certains patients voient l'analyse d'urine aussi comme une prévention d'abus des programmes de thérapie et apercevaient les urines « propres » comme un résultat de progrès dans la thérapie qu'ils pouvaient aussi démontrer aux personnel (Strike & Rufo, 2010).

Dans les interviews de Strike & Rufo (2010), seulement une minorité de patients mentionnaient qu'ils n'avaient aucun problème avec les tests d'urine. Les patients et le personnel évoquaient que les tests d'urine renforcent l'identité stigmatisante comme l'assomption qu'un consommateur de drogue doit forcément mentir. Les degrés des punitions lors de consommation jouent aussi un rôle, dans le sens où les punitions graves figurent comme facteur favorisant le mensonge à propos de la consommation (Strike & Rufo, 2010). Certains patients interviewés par Strike & Rufo (2010) vivaient les contrôles moins mal s'il n'y avait pas de conséquences négatives à craindre lors de consommation.

1.4 Le conflit de rôle en psychiatrie carcérale

La difficulté d'établir une relation de confiance est spécialement difficile en psychiatrie carcérale, suite à l'implication de l'infirmière dans deux rôles difficiles à combiner (Cutcliffe & Mackenna, 2005; Robertson & Walter, 2008). Sur la même thématique, de nombreux travaux de Holmes (2005) traitent deux mandats socioprofessionnels contradictoires : punir et soigner (Holmes, 2005). L'auteur décrit cet environnement comme extrême et comme endroit où le contrôle social et les soins infirmiers psychiatriques se rencontrent et ne peuvent pas exister l'un sans l'autre. Les deux institutions qui se relient ont des idéologies différentes. Les caractéristiques souvent attribuées aux prisonniers, comme par exemple qu'ils : -mentent, -sont dangereux et -manipulateurs, sont imposées aux infirmières et contradictoires à leur vue ; un patient est d'abord une personne qui a besoin de soin. Les soins infirmiers deviennent une pratique complexe balançant entre ces deux mandats socioprofessionnels (Holmes, 2003, Polczyk & Gournay, 1999)

L'auteur s'est référé à la divergence entre ces deux rôles, pour garder à la conscience ce dilemme que les soignants doivent vivre chaque jour (Holmes 2002, 2003). Le rôle et le statut de l'infirmière comme agent de soin et agent de l'institution de correction influencent alors la nature interpersonnelle avec les patients, en même temps que le rôle et le statut du patient influencent cette relation (Holmes, 2003). Selon Goffman (1975), les tensions et contradictions entre les demandes thérapeutiques, le soin et les impératifs de sécurité et de

contrôle social sont des éléments centraux dans les institutions totalitaires (Goffman, 1975). Dans une approche plus récente, Holmes remet l'établissement d'une relation infirmière-patient carrément en question, suite à la surveillance continue par l'infirmière (Holmes, 2007). En mentionnant la haute importance de la relation infirmière-patient pour les soins psychiatriques, Holmes éclaire que pendant leurs tournées régulières durant le déroulement de la journée, les infirmières collectent deux formes d'informations de considération clinique et de considération de correction. Holmes (2003) exprime des questions ouvertes comme : – Comment peut-on établir une confiance dans un système dominé par le contrôle et la surveillance ? – Dans quelle mesure la fonction carcérale bloque-t-elle l'établissement de relation entre personnel soignant et patient (Holmes, 2003)?

D'autres auteurs comme Wadell & Skärsäter (2007) ont trouvé dans des interviews que les infirmières étaient conscientes que si elles donnaient du temps au patient pour construire leur confiance, ils commenceraient à parler plus ouvertement de leurs habitudes de consommation. Un certain niveau de confiance semble donc être nécessaire afin que les patients puissent se confier à l'infirmière. Les infirmières sont, suivant les résultats des interviews des patients effectués par Holmes, sans arrêt en train de nourrir cette confiance du patient envers elles (Holmes, 2002, 2005). Mais cette confiance n'est pas quelque chose que les infirmières possèdent ou leur est donnée facilement ; une relation de confiance est très difficile à établir (Hem et al, 2008) vu l'implication dans les activités de sécurité et suite au double-rôle des infirmières et leur perception de la population qu'elles soignent (Holmes, 2002, 2005 ; Robertson & Walter, 2008). Par contre, Clearly et Edwards (1999), en étudiant les éléments influençant l'interaction infirmière- patient dans des unités aigues, ont trouvé une possibilité existante d'établir une relation thérapeutique même dans un environnement dominé par des interventions de contrôle (Clearly & Edwards, 1999).

La confiance et la méfiance sont considérées comme deux éléments fragiles, et la confiance peut vite tourner à son opposé (Hem et al, 2008). Comme mentionne Baier (1994, cité par Cutcliffe & Mackenna, 2005) : la confiance qu'un être humain a construite pendant des années peut être détruite en un seul moment de trahison. Si une personne, à qui un patient accorde sa confiance, le laisse tomber, le patient peut se retrouver dans une situation de trahison, de stress et de vulnérabilité (Sellmann, 2006, cité par Bell & Duffy, 2009).

1.5 La pertinence clinique

En observant la pratique, nous nous apercevons que dans certaines institutions traitant les dépendances, d'autres professions telles que les assistants sociaux ou les

psychologues prennent la place de l'infirmière dans son rôle dans la relation d'aide. Dans le cas où les contrôles affecteraient la relation infirmière-patient et en se positionnant du côté du patient et de la qualité des soins, il est pensable qu'une restructuration de l'activité de contrôle ainsi que de l'activité d'implication dans la relation thérapeutique doit se faire, afin de pouvoir maintenir l'infirmière, avec le médecin, comme personnes de lien principales dans l'accompagnement des patients en traitement de dépendance. Cette problématique décrite, issue de la pratique de l'infirmière, a donc grande signification pour le développement du rôle de l'infirmière dans le cadre de traitement des dépendances. Les personnes souffrant de dépendances forment une population vulnérable et stigmatisée (Holzer, 2007), il est d'autant plus important de consacrer plus d'attention à la qualité des soins accordés à ces personnes lors d'hospitalisations dans des institutions traitant la dépendance.

A ma connaissance et au vue des recherches effectuées, ce double-rôle n'est pas décrit et ni n'a été investigué dans le cadre de traitement de dépendances, malgré le fait que de nombreux parallèles soient possibles. Ce manque de littérature portant sur ce double-rôle et le dilemme éthique dans le traitement de dépendances est la raison pour laquelle je vais me concentrer dans cette étude sur la perception des contrôles par le patient. La relation infirmière-patient sera décrite à l'aide de l'alliance thérapeutique.

1.6 La question de recherche

Ya-t-il une association entre l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendance?

1.7 But et objectifs de l'étude

Le but de cette étude est de décrire l'association entre l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient et les contrôles effectués par l'infirmière et leur perception par le patient.

Les objectifs de l'étude

- Mesurer le niveau de l'alliance thérapeutique.
- Mesurer le niveau de la perception des contrôles.
- Décrire l'association entre l'alliance thérapeutique et les contrôles perçus par le patient.
- Décrire les données sociodémographiques.
- Comparaison des sous-groupes (entre données sociodémographiques et perception de l'alliance thérapeutique)

Chapitre 2 : Recension des écrits

2.1 Introduction

La recension des écrits présente des articles sous forme de paragraphes thématiques des éléments importants dans le cadre de la problématique. Ces articles ont été cherchés dans des bases de données suivantes : Medline (PubMed), CINAHL, PsychInfo avec des Mesh termes (Medline) : « behavior, addictive » [Mesh], « Nurse's role » [Mesh], « Substance-Related Disorders » [Mesh], « Drug and Narcotic Control » [Mesh], « urinalysis » [Mesh], « forensic nursing » [Mesh]. Des Cinahl Headings (CINAHL): « substance abuse », « drug abuse control », « role conflict », « nursing role » et des mots libres (Medline (PubMed), CINAHL, PsychInfo): « addiction treatment », « role conflict », « dual role », « confidence », « control », « drug control », « addiction treatment », «addiction therapy », « urinalysis », « breath sampling », « alcoholism », « urine drug control », « concept analysis », « trust », « confidence », « concept trust » « trust scales » « nursing », « Interpersonal trust scales », « french translation », « french version » « role-conflict » « concept analysis » « nurses role » « addiction », « patient-nurse relationship », « working alliance », « working alliance inventory », « therapeutic alliance », « nursing-client alliance », « therapy adherence », « stigma », « substance use detection », « attitude of health personnel ». Des différentes combinaisons ont été effectuées et les « related articles » étaient inclus dans la recherche. La recherche sur Cochrane avec les mêmes termes libres n'a amené à aucun résultat. La dernière recherche d'articles dans les bases de données s'est faite en janvier 2011. Au total 58 articles étaient inclus, jugés à avoir une importance pour la problématique (voir Appendice F).

2.2 La théorie d'Immogène King

Depuis ses débuts, King s'est appuyée sur Bertalanffy (1968) et sa science holistique, ainsi que sur le principe d'une interaction mutuelle (Bertalanffy, 1968, cité par Meleis, 2007). Bien que King démentisse de s'être basée sur l'école de pensée interactionniste, l'influence est marquante, car la manière dont elle se sert des rôles, ainsi que des éléments personnels de perception et d'interprétation sont des indicateurs d'une approche interactionniste (Meleis, 2007). King déclare s'être basée sur la théorie systémique pour fonder ses théories (Meleis, 2007). Elle a aussi abordé la manière dont prennent les infirmières leurs décisions dans la pratique (Meleis, 2007).

Lors de l'élaboration de différentes suppositions, King insiste sur la signification de l'implication du patient dans les soins et la prise de décision, donnant ainsi de l'importance à la collaboration et à l'humanisme (Meleis, 2007). La théorie de King circonscrit non

seulement la perception des objectifs du patient, de ses besoins et de ses valeurs, mais également celles des infirmières partant du principe qu'elles influencent le processus interactif et ainsi par conséquent les résultats (Meleis, 2007). King a développé le modèle du processus transactionnel (perception, communication, interaction et transaction) en incorporant un raisonnement éthique et moral concernant l'entrée dans une relation infirmière-patient qui devrait refléter la conception selon laquelle chaque être humain est égal (Meleis, 2007).

Le premier postulat de la théorie de King est de dire que l'infirmière, comme tout être humain, représente un système personnel, qui interagit avec le patient (un autre système personnel) dans un système interpersonnel (petits et grands groupes). Tant l'infirmière que le patient sont considérés comme des systèmes ouverts en interaction avec l'environnement dans lequel ils se trouvent, qu'elle nomme système social (organisation institutionnelle) (voir Appendice A et B ; King, 1981, 1991). King pose comme éléments centraux l'interaction entre patient/infirmière et le processus de prise de décision éthique, permettant de clarifier et analyser la relation sous le point de vue du conflit de rôle. King définit trois systèmes en y intégrant différents concepts : (1) Le système personnel avec -la perception, -le « self », -l'image corporelle, -la croissance et le développement, -le temps et -l'espace. (2) Le système interpersonnel avec -le rôle, -l'interaction humaine, -la communication, -le coping, -la transaction et -le stress. (3) Le système social avec -l'organisation, -l'autorité, -l'atteinte de but, -la prise de décision et -le contrôle (traduction libre, King, 1981, 1991). La problématique décrite de l'infirmière lors du traitement des addictions s'ancre surtout dans le système interpersonnel sous le concept de rôle.

Pendant la phase de l'action, l'infirmière et le patient se rencontrent la première fois. La congruence dans la perception favorise un développement positif dans le futur. Basée sur la réaction entre l'infirmière et le patient, l'interaction apparaît si les problèmes sont identifiés mutuellement et des objectifs appropriés sont posés (King, 1981, 1991). Comme pendant la phase de l'action, une congruence perceptuelle est essentielle pendant l'interaction. Un dérangement lors de l'action ou de l'interaction entrave l'atteinte des buts et rend la transaction impossible (Carter & Dufour, 1994). La transaction est décrite comme la posture des êtres humains étant en interaction avec leur environnement. Les transactions sont vues comme une composante de l'évaluation des interactions humaines et sont observables (King, 1981, 1991).

Le concept du rôle est basé selon King sur la perspective des interactionnistes symboliques, qui rattachent le rôle à une ou plus de personnes en interaction dans des situations. King cite

Johnson et Martin qui ont déterminé le rôle expressif comme rôle principal des infirmières (Johnson & Martin, 1958, cité par King, 1981). Ce rôle expressif est fondé sur la manière dont les infirmières maintiennent la balance dans les systèmes et auprès des individus. Le rôle instrumental est décrit comme un rôle d'aidant permettant à un individu ou un groupe d'aller de l'avant pour atteindre ses objectifs (King, 1981).

Le rôle de l'infirmière devrait selon Hadley (1967, cité par King, 1981) être défini par les objectifs et les sentiments dominant l'interaction entre l'infirmière et les autres personnes, comme par exemple le patient. Il détermina les principaux objectifs du travail de l'infirmière, soit pour le soin par « caring for » et « caring about » quelqu'un et pour son travail dans l'institution dans laquelle elle fonctionne par la coordination des prestations médicales et professionnelles (Hadley, 1967, cité par King, 1981). Grâce à des échanges réciproques, le rôle est dynamique et change d'une situation à l'autre. Le rôle devient donc dépendant de la situation, comme par exemple une infirmière peut être perçue comme infirmière mais aussi comme aide, assistante, collaboratrice et coordinatrice (King, 1981).

Selon King (1981) le rôle peut être défini comme suit : (1) Le rôle est une palette de comportements attendus par un système social pour l'occupation d'une certaine position; (2) les règles et les procédures définissent les droits et les obligations d'une position occupée dans le cadre d'une organisation ; (3) le rôle est une relation avec un ou plusieurs individus en interaction dans une situation spécifique. Le rôle de l'infirmière peut donc être défini comme une interaction entre un ou plusieurs individus impliqués dans une situation de soins dans laquelle l'infirmière occupe une fonction en rapport avec des soins professionnels basés sur le savoir, l'habileté et les valeurs identifiées pour les soins infirmiers (King, 1981, 1991).

Certains auteurs soulignent des points faibles de la théorie de King, par exemple sont mentionnés une vision fragmentaire et une inconsistance dans la conception de la santé par King (Meleis, 2007). La théorie semble se positionner pour l'analyse de problématiques, mais ne donne pas de guides d'interventions (Meleis, 2007). Un autre point de critique concernant la théorie de King consiste à dire que cette théorie n'est valable que dans les cultures partageant la perception de maladie de l'Occident (Carter & Dufour, 1993). King l'a démenti et ceci a été démontré par des études effectuées au Japon (Carter & Dufour, 1994).

2.3 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est selon Bordin (1979) un concept regroupant trois composantes: l'harmonie, la collaboration et l'interdépendance entre le thérapeute et le patient. L'auteur précise qu'en présence d'alliance thérapeutique, le patient et le thérapeute sont en accord sur : -les buts de la relation, -les tâches à accomplir et les -liens à développer. Les « buts à accomplir » circonscrivent que le traitement est basé sur un accord mutuel que le patient cherche à soulager son stress, ses frustrations et ses insatisfactions qui sont des éléments de sa manière de fonctionner, de penser, de ressentir et d'agir. Le but du traitement est d'examiner, modifier ou améliorer ses propres contributions en lien avec les souffrances du patient (Bordin, 1979). La « tâche » concerne le comportement et cognitions qui soutiennent l'accord entre le thérapeute et le client sur les tâches qui doivent être accomplies, donc la collaboration entre le patient et le thérapeute, qui inclut un contrat de consentement (Bordin, 1979). Les « tâches » peuvent changer selon les différents méthodes et contextes (Bordin, 1979). Le « lien » concerne la relation humaine entre patient et thérapeute. Pour ce faire, une base de confiance est nécessaire dans toute forme de relation thérapeutique. Si l'attention est dirigée vers les ressentiments plus protégés et sur les expériences plus cachées à l'intérieur, le besoin de confiance et d'attachement augmente (Bordin, 1979). L'élément « but » concerne la collaboration entre les deux et les objectifs de la vue du patient qui aimeraient être atteints (Corbière et al, 2006).

Une conclusion tirée de l'investigation de l'alliance thérapeutique est venue d'Horwitz (1974, cité par Bordin, 1979) qui mentionne que l'alliance thérapeutique est non seulement un pré-requis pour le travail thérapeutique, mais est souvent même le véhicule le plus important favorisant un changement. Les deux parties, celui qui cherche le changement et l'agent de changement viennent avec une palette reflétant la confiance, l'espoir et expérience, qui doivent être convoqués ouvertement en visant l'établissement d'une forte alliance et qui est une des clefs dans le processus du changement (Bordin, 1979).

La disposition du patient de collaborer dans un processus psycho-dynamique peut non seulement dépendre de ses caractéristiques personnelles, mais aussi de la nature de la pression dont l'environnement le charge (Bordin, 1979). L'alliance thérapeutique peut être définie et élaborée dans des termes qui facilitent une application universelle, même si l'alliance thérapeutique a ses fondements dans la psychanalyse. Deux fondations de l'alliance thérapeutique sortent de la littérature, celle de Sterba (1934, cité par Bordin, 1979) sur l'alliance entre l'analyste et l'égo rationnel du patient et celle de Menninger (1958, cité par Bordin, 1979) sur l'importance centrale du contrat thérapeutique. La haute signification de

la relation dans le travail psychanalytique a été soulignée par plusieurs auteurs (Bordin, 1979). Mais l'alliance thérapeutique peut apparaître dans d'autres situations comme dans la relation entre étudiant et professeur, entre une équipe et un « leader » avec peu de changement même entre enfant et parent (Bordin, 1979).

Il existe différents instruments pour mesurer l'alliance, dont le « Working Alliance Inventory (WAI) » de Hovarth et Greenberg (1989) est un des plus utilisés et reconnus (Corbière et al, 2006). Il existe deux versions, une s'adressant aux thérapeutes et une aux patients. Le WAI est facile à utiliser et existe dans une version longue (36 items) et une version courte (12 items). La consistance interne a été démontrée pour la version longue et courte. Une traduction en français de la forme abrégée du WAI a été faite par Corbière et al (2006) et une analyse factorielle a démontré la validité de construit théorique (Corbière et al, 2006).

Dans leur étude, Meier et al (2005) ont recruté 187 patients commençant un programme de réhabilitation pour le traitement des dépendances en Angleterre en leur attribuant le WAI. Les auteurs ont exploré la congruence entre les perceptions du patient et ceux des thérapeutes. Selon les résultats, les clients considèrent leurs relations avec des ex-consommateurs, des thérapeutes avec beaucoup d'expérience et des thérapeutes masculins comme meilleures. Les thérapeutes avec plus d'expérience ont considéré leurs alliances comme tendanciellement moins bonnes (Meier et al, 2005).

Une différence entre la perception du patient et du thérapeute concernant cette alliance a été examinée et les résultats des WAI ont montré que les patients et les thérapeutes étaient seulement reliés faiblement et ont eu tendance à décroître avec le temps qui passait (Meier et al, 2005). Ce résultat est en accord avec une étude de Kivlighan et Shaughnessy (1995, cité par Meier & Donmall, 2006), où les auteurs conseillent aux thérapeutes d'être attentifs à cette non-congruence et d'évaluer régulièrement leur perception de la relation et leurs sentiments (Meier & Donmall, 2006).

2.4 La confiance dans la relation infirmière-patient

Avec leur recherche qualitative concernant la relation infirmière-patient faite auprès des patients souffrants d'une maladie chronique, Berg & Danielson (2007) ont trouvé que les infirmières et les patients sont conscients de leur recherche de confiance dans la relation. Les résultats démontrent que les patients ont besoin d'une relation de soin qui rend la confiance possible (Berg & Danielson, 2007). Selon ces auteurs, plusieurs études ont pu décrire qu'un accès à un soin relationnel de haute qualité est fondamental, vu la vulnérabilité

du patient. Ceci implique aussi le besoin d'adopter un mode de communication qui favorise la confiance chez le patient. Berg & Danielson (2007) soulignent aussi que les infirmières doivent démontrer une approche éthique fournissant de l'espérance dans la rencontre avec le patient afin d'établir ou sauver la dignité. Elles ont des possibilités dans la rencontre avec le patient d'encourager et maintenir l'autonomie à travers une conscience authentique de la pratique centrée sur le patient (Berg & Danielson, 2007).

La confiance est utilisée comme un processus dans l'établissement d'une relation et est en même temps le résultat issu d'une relation (Berg & Danielson, 2007). Dans ce processus, les infirmières doivent répondre au patient d'une manière confidentielle. Les soignants doivent se soucier du patient, non seulement prendre soin de lui. Les auteurs ont trouvé que les infirmières sont souvent sous pression de temps, ce qui peut affecter leur capacité de soigner (Berg & Danielson, 2007). Les possibilités des patients de recevoir des soins seraient diminuées lors de ces moments, parce qu'ils auraient besoin de plus de confiance que les infirmières pourraient faire ressortir de la relation. Mais malgré cette situation tendue, les infirmières auraient l'intention de créer une atmosphère ouverte dans la rencontre avec le patient pour rendre la confiance vis-à-vis de l'infirmière possible et favoriser le bien-être du patient (Berg & Danielson, 2007). La formation d'une relation de confiance dans le quotidien est vite oubliée et la valeur thérapeutique de cette relation est quelque fois cachée derrière le travail de l'infirmière qui est plus visible. La perte de la confiance dans la pratique des soins se fait souvent liée au manque de respect pour la profession de soin et liée aux motivations économiques. Pour cette raison, les infirmières confrontant les demandes quotidiennes n'ont souvent pas le temps de s'occuper d'eux pour mieux pouvoir accompagner leurs patients (Berg & Danielson, 2007).

Avec leur recherche qualitative Gilbert et al (2008) ont mentionné que les relations avec un individu comprenant une communication effective, une sensibilité culturelle et une absence de coercition résultent dans un établissement de confiance. Ceci a comme conséquence que le patient peut se sentir en sécurité concernant les autres patients et le personnel (Gilbert et al, 2008). Les barrières pour ces relations positives incluent une communication inefficace ou négative, le manque de confiance, le manque de sécurité dans le sens que le personnel est inefficace dans la prévention de la violence en utilisant eux-mêmes de la pression et de la violence (Gilbert et al, 2008). Ces résultats démontrent l'importance de la relation thérapeutique pour établir un milieu sûr et guérissant pour le traitement des personnes souffrant d'une maladie psychique (Gilbert et al, 2008).

La communication a été indiquée comme hautement importante par les patients interrogés et comprenait trois activités spécifiques comme : -écouter, -parler, -comprendre (Gilburt et al, 2008). La capacité d'écouter était considérée comme une caractéristique humaine très importante, et les patients décrivaient que d'être écouté était comparable à être respecté, si cela est fait d'une manière non-jugeante et non-autoritaire (Gilburt et al, 2008). Le processus de parler était l'aspect le plus cité dans les interviews. Il était identifié comme important chez tous les participants et décrit comme thérapeutique, mais seulement s'il y avait les attributs : « être écouté » et « être compris » auparavant. Dans ce sens, ils considéraient le conseil et l'information venant de l'infirmière comme relevants (Gilburt et al, 2008).

La confiance était un mot utilisé par plusieurs patients et décrit dans la relation avec le personnel (Gilburt et al, 2008). Le personnel qui était défini comme fiable par les patients était décrit comme professionnel capable de maîtriser les situations, flexible et n'appliquant pas de coercition mais se souciant sincèrement des patients. L'utilisation de pression et d'autorité par le personnel amène à un sentiment de méfiance (Gilburt et al, 2008). Les pratiques coercitives sont utilisées pour le maintien de contrôle et pour garder le personnel dans une position de pouvoir (Gilburt et al, 2008). Inhérent dans le rôle du personnel d'assurer le contrôle est une manière de garder le pouvoir sur les patients. Ceci est une non-balance dans les institutions et risque d'amener de l'abus et des comportements non-éthiques. Les patients ont décrit plusieurs situations où le personnel abusait de son pouvoir pour blesser ou humilier les patients (Gilburt et al, 2008). La coercition était décrite par plusieurs patients l'ayant vécue comme des événements incluant la restriction de la liberté et de l'attribution de traitement contre gré ou simplement le fait d'être hospitalisé de force (Gilburt et al, 2008).

Les soins en santé mentale sont basés sur les interactions interpersonnelles entre l'infirmière et les patients, et le « self » est vu comme un aspect essentiel dans les soins (Peplau, 1992, cité par Cleary & Edwards, 1999). Les quatre thèmes des interviews avec les patients étaient : -attributs des infirmières, -la perception du rôle, -les soins cliniques et -le temps par Cleary & Edwards (1999) qui ont interviewé 10 infirmières et 10 patients afin d'explorer les éléments qui influencent les interactions entre l'infirmière et le patient dans une unité aigue psychiatrique. Les patients lient leur confiance aussi à des habiletés de la personnalité de l'infirmière, comme par exemple à des qualités comme prendre soin, tolérance et respect comme désignative pour l'établissement de la confiance. La capacité d'écouter et de comprendre, de passer le temps ensemble et d'être atteignable aide à construire une relation de confiance (Hem, Heggen & Ruyter, 2008).

Les attributs des infirmières étaient décrits par les patients comme en général gentille, honnête, compréhensive, empathique et facilement atteignable pour un échange. Être atteignable semble avoir une importance élevée (Cleary & Edwards, 1999). La perception du rôle était mentionné sous habiletés comme favoriser l'autonomie, être avocat, fournir de l'information, répondre aux questions, donner du support, aider à planifier le jour, faciliter la communication et interaction et l'assistance pratique (Cleary & Edwards, 1999).

Le rôle de l'infirmière dans le maintien de la sécurité de l'unité était thématique par quelques patients et clairement perçu comme une partie du rôle de l'infirmière (Cleary & Edwards, 1999). Le soin clinique était décrit comme assurer la médication correcte et l'éducation sur la maladie. En général, les patients reconnaissent l'interaction infirmière-patient comme priorité afin de pouvoir répondre aux besoins des patients. L'élément du temps était décrit dans les observations des patients qu'une grande charge de travail amènerait à certaines périodes d'attentes (Cleary & Edwards, 1999).

L'exploration du concept de la confiance par différentes disciplines a montré que la confiance est un concept scientifique plutôt ambigu et immature (Hubcey et al, 2001). L'analyse du concept effectuée par ces auteurs pourrait indiquer un cheminement vers la maturité en analysant la signification de la confiance dans chaque discipline séparément. La confiance est un concept important pour les disciplines telles qu'infirmière, médecine, psychologie et sociologie et est utilisée pour décrire la nature des relations thérapeutiques comme un attribut interpersonnel et indicateur de qualité dans les relations interprofessionnelles (Hubcey et al, 2001). La discipline infirmière renferme de nombreux écrits ayant pour sujet le concept de confiance et ceci généralement en lien avec la relation entre l'infirmière et le patient. Un modèle proposé par Thorne et Robinson (1988, cité par Hubcey et al, 2001) dans lequel la confiance permet de développer une relation avec des fournisseurs de soins résultant d'une typologie de différentes formes de confiance, où la perte de confiance est décrite comme une détresse.

La transposition du concept confiance dans une terminologie scientifique a amené à des conceptualisations multiples qui ne sont pas toujours congruentes d'une discipline à l'autre, ainsi que dans les essais de distinction ou d'utilisation commune (Hubcey et al, 2001). Les sciences infirmières ont appliqué le concept de confiance sans l'avoir développé et clarifié. De plus, il existe dans la littérature certaines implications pour la pratique sans évidence basée sur la recherche (Hubcey et al, 2001). Le concept confiance est souvent lié à d'autres concepts, comme par exemple le respect (Hubcey et al, 2001).

Le concept de la confiance possède une signification dans les langages communs et quotidiens, et Bell & Duffy (2009) argumentent la nécessité d'analyser ce concept. Selon ces auteurs, la dominance de la définition de confiance comme quelque chose qui apparaît entre deux êtres humains adultes et de compétence équivalente, ne peut pas être adopté pour la relation infirmière-patient (Sellmann, 2007, cité par Bell & Duffy, 2009). Johns (1996) a fait une analyse de concept de la confiance qui argumente que le concept de la confiance était appliqué d'une manière vague et plutôt s'appuyant sur des conceptualisations des autres disciplines (Johns, 1996). Les attributs suivants sont sortis d'une recension de littérature faite par Johns (1996) : (1) espérance de compétence, (2) bienveillance des autres, (3) fragilité et vulnérabilité, (4) élément de risque. L'espérance envers les infirmières et leurs compétences consiste dans l'attente qu'elles s'occupent du patient et assurent sa sécurité (Iacono, 2007, cité par Bell & Duffy, 2009). La confiance est un investissement risqué contenant la possibilité d'être déçu. Pour l'existence de la confiance, il y a une espérance de la part du patient envers l'infirmière qu'elle va agir d'une certaine manière pour répondre à ses besoins (Bell & Duffy, 2009, Hubcey et al, 2001). (2) Une fois établie la bienveillance, cela donne à l'autre un certain élément de contrôle qui l'amène dans une situation de (3) fragilité et vulnérabilité vis-à-vis toute blessure psychologique ou physiologique. (4) La confiance inclut donc toujours un certain risque, et il y a toujours la possibilité de déception, parce que la confiance est très vite détruite (Bell & Duffy, 2009).

Dans la psychiatrie aigue, c'est plutôt la méfiance qui règne, selon une recherche ethnographique fait par Hem et al (2008) sur la relation entre patient et infirmière. Spécialement en psychiatrie aigue, la construction de confiance du côté du patient peut être difficile suite aux facteurs suivants : -traitement involontaire, -des structures de pouvoir déséquilibrées entre patient et soignant, -maladie psychique sévère, -problèmes cognitifs et - utilisation de médicaments psychotropes (Hem et al, 2008). Un philosophe danois Løgstrup mentionne que c'est seulement dans des circonstances spéciales qu'un être humain confronte un inconnu avec méfiance à la première rencontre, d'abord il y a en principe de la confiance (Løgstrup, 1997, cité par Hem et al, 2008). Selon Løgstrup, la confiance demande et signifie de s'ouvrir complètement, et placer quelque chose de sa propre vie dans les mains de quelqu'un d'autre (Løgstrup, 1997, cité par Hem et al, 2008).

En observant des réactions des patients dans leur étude, Hem et al (2008) ont considéré la retraite, la manipulation et les réactions physiques comme signes de méfiance envers le personnel soignant. Les auteurs expriment que beaucoup d'essais pour rendre l'établissement de confiance possible sont entretenus par les infirmières et que les patients essaient de faire confiance envers les infirmières et le « système ». Par exemple en

cherchant de l'aide dans des situations pratiques, dans entreprise d'initiative afin de démarrer une discussion et dans l'intégration de l'humour dans le quotidien (traduction libre, Hem et al, 2008). Hem et al (2008) ressortent une pensée intéressante suite à une décompensation d'un patient envers un comportement agressif qui demandait une intervention des soignants : Les infirmières ont pris le contrôle de la situation pour compenser le manque de contrôle du côté du patient, qui s'exprimait dans sa réaction physique non contrôlée (Hem et al, 2008).

2.5 La confiance globale et institutionnelle

La confiance peut être généralisée et peut aller plus loin qu'une relation entre individus, on parle alors de confiance globale. Cette confiance globale ou institutionnelle se repose sur l'assomption que la confiance existe déjà indépendamment des individus (Gilbert, 2005). Ils existent des institutions qui reflètent une certaine fiabilité et qui favorisent la confiance dans l'interaction entre des clients et des professionnels (Gilbert, 2005).

Cette confiance non-personnelle, ou confiance dans un système, est accordée de manière générale et aurait tendance à être plus stable contre des tremblements, que la confiance accordée aux individus (DiLuzio, 2006, cité par Sauter et al, 2011). En même temps, cette confiance institutionnelle est encore augmentée selon les attributs sociologiques d'une profession. Par exemple, si cette profession est marquée par une formation longue, possédant un monopole de savoir dans sa branche spécifique et des compétences élevées en résolution de problèmes (DiLuzio, 2006, cité par Sauter et al, 2011). Quand les patients se fient à ces compétences professionnelles, la personnalité du professionnel jouera, selon une approche sociologique, un rôle moins important (DiLuzio, 2006, cité par Sauter et al, 2011).

2.6 Le conflit de rôle en psychiatrie carcérale

Ayant fait plusieurs études dans le cadre de la psychiatrie carcérale, Holmes (2003) a écrit sur le conflit de rôle des infirmières dans ces institutions. Les deux éléments « punir » et « soigner » qu'il appelle paradoxes, illustrent les aspects politiques des soins et soulèvent des questions fondamentales concernant l'éthique (Holmes, 2003). Les objectifs administratifs concernant le contrôle et la sécurité sont imposés aux infirmières, et ces priorités sont problématiques et contre l'éthique des soignants avec leur vue contemporaine et holistique et leurs valeurs ancrées (Doyle, 1999).

Dans son étude sous le design de théorie ancrée, Holmes (2003) aimerait décrire la pratique des infirmières entre le contrôle et le soin et décrit trois éléments de la force, des fonctions des infirmières : -souveraine, -disciplinaire, -pastorale (traduction libre, Holmes, 2003). Il a été trouvé que le personnel des différents groupes professionnels (soignants et gardiens) porte les mêmes symboles de représentations. Ces représentations influencent la pratique et vice-versa (Goffmann, 1975, Holmes, 2002). Les représentations, le discours et la pratique ne peuvent pas être dissociés l'un de l'autre. Holmes mentionne que les infirmières sont priées de garder une distance de sécurité avec les patients. La description de la juxtaposition des deux mandats de l'infirmière : soigner et punir, devient compliqué. Le patient d'une unité carcérale est deux fois stigmatisé, premièrement comme criminel et deuxièmement comme patient psychiatrique. Cette stigmatisation constitue un élément important et influençant l'établissement d'une relation entre l'infirmière et le patient (Holmes, 2002).

La distance des infirmières envers leurs patients incarcérés est un élément souvent cité en littérature. Philips et Caplan (1994, cité par Holmes, 2005) estiment cette distance comme mécanisme de défense contre l'anxiété et le stress. Tandis que Fisher (1995, cité par Holmes, 2005) considère cette distance comme une forme de protection contre des patients violents. Holmes suppose que les infirmières ressentent une certaine répulsion, suite aux crimes commis par le patient. Les infirmières psychiatriques carcérales doivent être attentives que leur approche envers les patients ne renforce pas le stigma et la discrimination de la société (Holmes, 2005).

D'un côté, les infirmières sont demandées à soigner les patients incarcérés, et de l'autre côté, elles sont bloquées dans la mise en place de ce devoir suite à la distance imposée par l'institution et suite à leur propres représentations envers leurs patients qui peuvent être de la stigmatisation (Holmes, 2002). D'autres auteurs ne thématisent pas seulement une stigmatisation du patient incarcéré, mais aussi une envers les infirmières prenant soin des ces patients (Doyle, 1999). Dans le sens que la société ne veut pas voir, ni entendre des personnes s'occupant des prisonniers et ne seront, selon les interviews avec des infirmières, pas ouvertes à ce sujet (Doyle, 1999).

La différence d'une psychiatrie carcérale et une psychiatrie commune est que la routine quotidienne est planifiée dans le moindre détail, suite à un contrôle permanent des patients internés qui serait, selon Goffman (1975), un attribut des institutions totalitaires. Ces institutions totalitaires représentent un type spécial d'établissement, où le quotidien est strictement régularisé et contrôlé dans le sens que tous les aspects de l'intimité et d'individualité sont maîtrisés par l'institution (Goffman, 1975). Les patients qui vivent dans

une institution totalitaire perdent les attributs qui les distinguent normalement des autres de la société (Goffman, 1975). Doyle (1999) mentionne que la prison est un système unique où les incarcérés vivent involontairement et dans un environnement hautement structuré, soulignant qu'une intimité n'est pas existante sous une surveillance continue (Doyle, 1999).

Dans les interviews semi-structurées de son étude, Holmes (2003) montre que les infirmières sont conscientes de leur double-rôle et du fait que cette divergence bloque leur rôle en tant que soignant. Elles expriment une préoccupation et de l'incertitude dans leur identité socioprofessionnelle (Holmes, 2003). Il semble que les interventions des infirmières pour créer une relation, par exemple dans le sens de commencer une discussion, de poser des questions sur le vécu des patients, était des fois perçu comme « lavage de cerveau » par le patient (Holmes, 2003). Chaque mesure thérapeutique appliquée par l'infirmière est perçue comme soit hypocrite et palliative ou comme mesure de répression et contrôle (Doyle, 1999).

Pendant leurs tournées régulières, les infirmières doivent être attentives à toute forme de consommation de substances légales ou illégales (Holmes 2005). Selon Doyle (1999), les patients en prison sont une population où l'abus de drogues et de l'alcool est hautement présent. Plusieurs clients doivent faire un sevrage à l'entrée en prison, mais essaient de mobiliser des sources pour continuer les substances psychotropes (Doyle, 1999). Les prisons sont souvent surpeuplées et les infirmières doivent répondre à des demandes incessantes pour des médicaments sédatifs contre l'anxiété, dépression, insomnie, signes de sevrage ou simplement des analgésiques. Ce qui amène selon Doyle souvent à une ambiance pleine de tensions (Doyle, 1999).

Un certain niveau de confiance est nécessaire pour que les patients puissent se confier à l'infirmière, et les infirmières doivent investir beaucoup d'énergie pour obtenir de la confiance dans la relation avec ces patients souvent méfiants contre les employés du système carcéral (Holmes, 2005). Un autre avantage de cette relation de confiance semble être l'augmentation de la compliance. Selon Holmes, une relation de confiance est mise en danger suite à la suspicion naturelle des patients incarcérés envers le personnel, et qu'une relation pareille semble être quasi impossible pour certains patients interviewés (Holmes, 2002, 2005). De plus, Holmes (2005) parle d'une masculinisation des soins avec des comportements féminins qui seraient effacés pour suivre la loi carcérale. Il mentionne que les infirmières ne peuvent pas montrer leurs comportements plutôt « maternels », comme l'empathie et l'attention, envers les patients et sont perçus comme caractéristiques féminines interdites et supprimées dans les institutions de corrections. Il semblerait que les infirmiers

ou infirmières doivent se justifier s'ils essaient d'adopter des comportements usuels de soins psychiatriques (Holmes, 2005).

Le problème du conflit de rôle des infirmières est aussi soulevé par Fisher (2007), en lien avec l'établissement d'une relation thérapeutique confidentielle et la demande d'exercer un contrôle sur le patient pour éviter toute forme de violence ou même pour assurer une compliance au traitement. Elle parle d'un dilemme dans la contradiction de ces deux rôles (Fisher, 2007). D'autres auteurs soutiennent l'existence de cette contradiction et mentionnent qu'il a été largement discuté dans la littérature qui soulève que c'est surtout le déséquilibre entre pratique thérapeutique et le besoin d'établir de la sécurité (Polczyk & Gournay, 1999). Ils parlent d'une infirmière plutôt comme agente de surveillance sociale ou de contrôle et la discussion a amené à la question si les infirmières sont capable d'adopter un rôle de soignant en même temps que de représenter une autorité tutorielle (Polczyk & Gournay, 1999).

2.7 L'éthique dans les soins psychiatriques

Les guides éthiques et professionnels demandent à l'infirmière de fournir du soin dans un environnement le moins restrictif possible et en même temps de préserver la sécurité pour le patient et le personnel (Fisher, 2007). De l'autre côté, les soignants doivent détenir des patients non-volontaires et contrôler leur comportement violent. Faire une balance entre ces deux rôles contradictoires semblerait être moins problématique, si l'environnement est adéquat dans ces ressources, est sûr et spécialisé, et si assez de personnel qualifié assure et peut comprendre le contrôle comme part de la thérapie et des soins. Le manque de personnel et le manque de supervision régulière peut par contre être problématique (Fisher, 2007).

Dans l'éthique de la médecine contemporaine, le principe du respect de l'autonomie ou d'autogestion est appliqué dans toutes les interactions entre patients et professionnels de la santé, la psychiatrie n'est pas une exception (Grant & Briscoe, 2002). La psychiatrie aurait, selon les auteurs, livré le contexte pour certaines questions éthiques très importantes concernant le principe de l'autonomie. Par exemple, dans le cadre du consentement informé, il existe le traitement contre avis qui pose problème. Pour beaucoup de patients avec une souffrance psychique, justement cette autonomie devient fondamentale. La nature de la maladie psychique attaque le sentiment d'identité et peut diminuer la capacité de gérer de l'autogestion. Les efforts pour augmenter l'autonomie devient donc souvent un objectif élémentaire dans la réhabilitation (Grant & Briscoe, 2002).

Avec leur étude qualitative sur la situation des infirmières dans la psychiatrie aigüe, Hall (2004) décrit particulièrement les éléments du contrôle social qui influencent les normes de travail. Le fonctionnement dans le contrôle social des infirmières est dans des rituels quotidiens, décrit à travers des activités comme l'observation, la surveillance et le management des comportements difficiles. La relation thérapeutique signifie un paradoxe comparé avec les contrôles effectués (Hall, 2004). La ségrégation, la coercition et le contrôle social sont souvent attribués aux soins, et les infirmières et médecins psychiatres sont souvent confrontés à la critique des mouvements antipsychiatriques pour leur rôle de contrôle qu'ils doivent assumer (Hall, 2004). Malgré des approches humanistiques, les unités aigües se voient confrontées à la même critique (Hall, 2004). L'observation, la coercition et la médication contribuent à l'impression des soins forcés impliquant des sentiments de détresse et perte de contrôle. Les infirmières en santé mentale vivent une incertitude vis-à-vis de leur rôle ambigu (Hall, 2004), et quelques éléments de cette ambiguïté sortent de l'incapacité de déterminer une philosophie pertinente (Hall, 2004). Toutes les infirmières interviewées ont eu une position claire concernant leur rôle dans le système de santé mentale, qui implique l'offre d'une place de sécurité, de traitement et d'aide aux individus afin de pouvoir retourner à la maison, sitôt que possible avec le moins de stigmatisation possible (Hall, 2004).

Quelques infirmières décrivent la surveillance et le contrôle comme éléments qui font partie de leur travail (Hall, 2004), et d'autres infirmières ont décrit une relation de soin intense qui pourrait signifier qu'il y a une certaine capacité d'exercer les deux, un rôle de contrôle et un rôle thérapeutique (Hall, 2004). L'approche humaniste du contrôle est difficile dans certaines situations, et selon Hall (2004), un examen détaillé des fonctions de contrôle social et le rôle de soigner et thérapeutique peut être compris comme contradictoire, qui crée le travail comme infirmière en santé mentale dans une unité aigüe comme extrêmement complexe (Hall, 2004).

2.8 Le traitement des dépendances

La consommation de substances à la recherche de stabilisation d'humeur, sentiments et émotions, est aussi vieille que l'être humain (Pillon, Luis & Laranjera, 2003). Dans la société moderne, l'abus de drogue se manifeste dans des dimensions plus larges que dans toutes les époques précédentes. Des situations de vie sous pression, des difficultés socio-économiques, ainsi que l'expansion énorme du commerce de profit, sont en connexion avec les substances psycho actives. La dépendance est devenue l'un des problèmes majeurs de

santé dans le monde entier et un nombre élevé d'adultes présente des complications majeures (Pillon et al, 2003).

La consommation excessive cause la mortalité précoce, la morbidité et des problèmes économiques et sociaux (Lock, Kaner, Lamont & Bond, 2002). La plupart des conséquences négatives de l'alcool sont actuellement à trouver chez les consommateurs hasardeux et nocifs (Littlejohn & Holloway, 2008). Tandis que la pointe des 10% des consommateurs sévères dans la population a un risque énorme de souffrances liées à la dépendance, la majorité numérique de ces souffrances et conséquences sont dans les 90% restants. Ceci démontre que les conséquences de la dépendance ne sont pas réservées à la population des consommateurs sévères (Littlejohn & Holloway, 2008). L'incidence des conséquences de santé liées à l'alcool augmente de si peu, de trois unités d'alcool par jour (Littlejohn & Holloway, 2008).

Un nombre élevé de guides pour la pratique des infirmières a été publié, avec une importance énorme, suite au fait que les infirmières, comme d'autres professionnels de la santé, démontrent souvent un manque de savoir et d'habileté pratique pour intervenir efficacement auprès des patients avec risque de dépendance (Littlejohn & Holloway, 2008 ; Lock et al, 2002). Les interventions courtes dans les soins basiques sont efficaces pour supprimer une consommation excessive d'alcool (Lock et al, 2002).

L'observation du processus de la dépendance fait souvent pousser des attitudes stéréotypées et jugeantes chez les professionnels de la santé, amis et la société. Un élément aidant à éviter ces attitudes peut être de comprendre la dévastation comme une cause de la dépendance qui elle, a sa propre cause (Allen, 1998). Durant des années, différentes théories ont régné pour essayer d'expliquer la cause des dépendances. Par exemple, le modèle de la maladie et le modèle médical étaient le plus longtemps dominants (Allen, 1998). La recherche a démontré que la dépendance est l'émergence des théories sociales, d'apprentissage et psychologiques. Peu importe, la théorie la plus large et qui est utilisée dans différentes disciplines est la théorie biopsychosociale de Engel (1977, cité par Allen, 1998) qui a émergé afin de fournir une perspective holistique des dépendances. C'est le modèle le plus utilisé, parce qu'il peut expliquer le plus adéquatement la nature de la dépendance, dans la reconnaissance des aspects biologiques, physiologiques et des éléments sociaux (Allen, 1998).

Le modèle biopsychosocial inclut des éléments de différentes théories (Allen, 1998). Dans les causes biologiques, l'on parle d'une certaine prédisposition héréditaire et d'un

fonctionnement de chimie du cerveau différent. Pour la psychologie, des problèmes psychologiques ou émotionnels peuvent être critiques dans l'initiation et la continuation d'une dépendance. La dépendance est ainsi influencée par des situations sociales, est même forcée et apprise à travers des interactions sociales et des problèmes sociaux comme le chômage, la pauvreté, le racisme et le dysfonctionnement familial (Allen, 1998).

Des éléments psychologiques, socio-familiaux, des caractéristiques démographiques, ainsi que la motivation pour un traitement sont décrits comme jouant un rôle dans l'adoption d'une démarche visant l'abstinence (Neto, Lambaz & Tavares, 2007). Dans leur étude, Neto et al (2007) décrivent des éléments contra-productifs pour une abstinence, comme : - être sans emploi ou avoir des contrats à court-terme, - l'âge en dessus de la moyenne (ici 45), - vivre avec des parents, - ne pas être marié ou en cohabitation.

Le modèle de consensus de Harrington-Dobinson & Blows implique que : - Tous les consommateurs nocifs ont le droit d'avoir une intervention brève avec un suivi des investigations à procéder. – Quelques consommateurs nocifs reçoivent des traitements structurés comme le « motivational enhancement therapy (MET) » (Miller et al, 1992, cité par Littlejohn & Holloway) structuré d'une intervention psychologique livrant un asséssement individuel avec une approche de conseil dans le cadre de « Motivational Interviewing » (Miller & Rollnick, 2002, cité par Littlejohn & Holloway, 2008). – Quelques consommateurs dépendants répondent bien à des interventions brèves comme la MET. – Quelques consommateurs nocifs et dépendants, comme ceux avec des comorbidités sévères (maladie de foie, problèmes psychologiques) et ceux avec des problèmes sérieux du côté social, doivent être transmis dans une institution de thérapie spécialisée. – Certaines traitements pharmacologiques sont une addition utile à des interventions psychosociales (Beckham, 2007 ; Littlejohn & Holloway, 2008).

Des tests avec des modèles animaux de la dépendance auraient démontrés que des agents pharmacologiques peuvent réduire la consommation de l'alcool et seraient aussi prédictifs sur le comportement de l'être humain (Jung & Namkoon, 2006). Un traitement médicamenteux a été efficace dans le traitement de divers problèmes de dépendances comme le bupropion pour la dépendance de nicotine, la méthadone pour l'héroïne et ainsi un support médicamenteux pour le traitement de l'alcoolisme doit être argumenté (Jung & Namkoon, 2006). Des médicaments contre le « craving » comme le Naltrexone (Nemexin®) et l'Acamprosate (Campral®) sont dirigeants dans les médicaments (Jung & Namkoon, 2006).

2.9 Rôle de l'infirmière dans la découverte et le traitement des dépendances

Dans tous les champs de la discipline, les infirmières sont confrontées à des patients abusant de substances, qui demandent des spécificités dans le traitement et dans la prévention. La possibilité des infirmières d'aboutir la problématique avec leurs clients est actuelle dans toutes les spécialités de la discipline (Allen, 1998). Pour arriver à une compétence adéquate dans cette entreprise, les infirmières doivent comprendre quelques concepts essentiels. Ces concepts incluent (1) l'abus de substance, (2) le processus de la dépendance, (3) la communication avec des patients dépendants, (4) le rôle de l'infirmière dans la prévention et le traitement des dépendances et les aspects culturels de soin (traduction libre, Allen, 1998). (1) L'abus de substance se réfère à un cluster de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques qui impliquent que la personne continue à consommer cette substance, malgré des problèmes liés à la dépendance parfois énormes. (2) Le processus de la dépendance inclut quatre étapes: - utilisation expérimentale ou sociale, - utilisation problématique et abus, - dépendance et addiction, - « recovery » et - rechute (traduction libre, Allen, 1998). Du début à la fin, l'infirmière peut évoquer la dépendance chez ses clients dans tous les champs de la pratique. Dans la période d'abstinence ou utilisation expérimentale et sociale, la prévention doit être mise en place. Pendant ce temps, l'éducation, l'information, les alternatives et la croissance personnelle doivent être soulignées. Dans la période d'utilisation problématique et abus, les interventions comme le « screening » et détection, le diagnostic anticipé, l'intervention de crise et le monitoring doivent être réalisés. Pendant la phase de dépendance, c'est la désintoxication, le traitement et la prévention de rechute qui sont les plus importants (Allen, 1998).

Le traitement des maladies de dépendance comme l'alcool est, selon Lock et al (2002), un champ confus et émotif pour le patient et l'infirmière. Avec leur étude qualitative, Lock et al (2002) ont pu démontrer que les facteurs influençant des infirmières dans leurs interventions demandent des informations spécifiques sur l'alcool, des habiletés d'entraînement pour faciliter la confiance du patient envers une intervention et un support, pour des habiletés de soutien vis-à-vis le patient, même dans des réactions négatives du patient suite à des interventions de l'infirmière (Lock et al, 2002).

Les professionnels dans les soins doivent avoir une compréhension élargie de la dépendance et de l'intensité des sentiments de mouvement qui expriment la liberté et la résistance, sinon un sentiment de liberté sera bloqué (Gray, 2007). La réflexion est demandée pour comprendre l'expérience individuelle, ainsi les valeurs individuelles du patient sont pour lutter contre les sous-entendus moraux qui ont accompagné historiquement

les dépendances et leur traitement (Lenson, 1995 ; Walton, 2001 ; Acker, 2002, cité par Gray, 2007).

Avec leur travail, Pillon et al (2003), soulèvent une problématique qui consigne une certaine difficulté des infirmières d'effectuer des soins auprès des patients souffrant de dépendances. Les auteurs relient ces difficultés à un manque de savoir spécifique dans la formation de base (Pillon et al, 2003). Les demandes des personnes avec des problèmes de dépendance forcent une introduction dans l'éducation des infirmières pour les préparer au travail avec ces individus et leurs problèmes corrélés à la dépendance (Pillon et al, 2003). Les infirmières non formées ne sont pas capables d'observer les indicateurs importants pendant les soins.

Un rapport sur l'entraînement des infirmières, développé par Pillon et al (2003), concerne l'alcool et la drogue rencontrés lors des soins des patients et le rôle important que l'infirmière porte dans l'équipe pluridisciplinaire comme personne qui soigne les personnes dépendantes. La conclusion démontrait que seulement les infirmières préparées arrivent à travailler avec sécurité et sans peur afin de pouvoir garantir une approche respectant la dignité du patient (Pillon et al, 2003). L'association américaine des infirmières (ANA, 1987, cité par Pillon et al, 2003) a effectué une étude avec 1500 infirmières spécialisées en psychiatrie et santé mentale, qui a démontré, que seulement 10% des interviewées se sentiraient capable de soigner des patients avec des problèmes en relation avec une dépendance, malgré que la plupart d'entre elles avait un contact régulier avec ces patients dans leur quotidien. Les infirmières en psychiatrie étaient plus actives et compétentes que les infirmières en médecine et en chirurgie, probablement parce qu'elles sont souvent confrontées à des patients avec ces problèmes (Willaing & Ladelund, 2005). Mais même si les infirmières travaillent dans des institutions de traitement de dépendance, elles présentaient un niveau bas de savoir et habileté clinique comparé à des médecins et assistants sociaux. Basée sur ces résultats, l'association a conclu que la formation reçue par les infirmières pourrait être non-adéquate et qu'une conséquence serait le besoin de suivre un entraînement spécifique (ANA, 1987, cité par Pillon et al, 2003).

Une étude descriptive au Brésil réalisée par De Vargas et Luis (2008) visant les infirmières et leur savoir et comportement vis-à-vis des patients avec des problèmes de dépendance, démontre que les infirmières considèrent l'alcoolisme comme une maladie progressive qui peut être fatale si non traitée (De Vargas & Luis, 2008). La personne dépendante est, selon les résultats de l'étude, vue comme une personne qui a besoin de la substance chaque jour, et qui ne peut pas vivre longtemps sans. Malgré que toutes les infirmières ont positionné l'alcoolisme comme maladie, quelques infirmières mentionnent que les patients ne sont pas

toujours vus de cette manière, ni traités adéquatement et relèvent la stigmatisation par la population. Il semble aussi qu'il y ait une certaine tendance d'avoir peu d'espoir de recouvrement de la personne, surtout après avoir assisté à des sevrages et des rechutes (De Vargas & Luis, 2008).

Le patient dépendant est accompagné par des problèmes divers et semble être considéré comme un patient de souffrance chronique et parfois même « a hopless case ». Les infirmières semblent, selon l'étude de Vargas et Luis (2008), aussi concevoir que ces individus ont un manque de volonté afin d'interrompre la consommation, en croyant qu'ils gardent le contrôle sur leur consommation et pourraient arrêter cette habitude s'ils le voulaient (De Vargas & Luis, 2008). Une personne qui consomme trop d'alcool est donc sous présupposition de pouvoir arrêter si elle aimerait : Elle boit, parce qu'elle veut boire (De Vargas & Luis, 2008). Les auteurs discutent le fait que les infirmières voient la dépendance comme maladie, mais lors de contact avec ces patients, elles auront tendance à être perturbées dans la relation, suite au fait qu'elles voient la consommation excessive de l'alcool comme quelque chose de faux au niveau moral. Les auteurs mentionnent aussi les attentes des infirmières lors du contact avec le patient, qui visent un sevrage et une abstinence, et si ces objectifs ne sont pas atteignables, surtout au début, ceci peut être perçu comme une résistance à leur aide et elles auraient la tendance de se distancier et de faire des expériences de non-satisfaction au travail avec ces patients (De Vargas & Luis, 2008).

Différents scientifiques auront, selon Allen (1998), découvert que l'effet nocif des drogues peut amener à un contrôle tellement exhaustif du comportement, que les personnes agissent selon les fonctions du cerveau trivial et du système limbique, qui peut dominer le cortex du cerveau (cognitif) et finir par contrôler le comportement. Les substances psycho actives peuvent être plus fortes et persistent, malgré la nature défensive pour laquelle le cerveau est équipé (Allen, 1998). Pour la communication avec des clients dépendants, Allen (1998) souligne que la manière de communiquer garde un potentiel énorme pour identifier et traiter les dépendances. Dans le travail avec les patients dépendants, il est important d'intégrer qu'ils sont comme tous les autres sous influence de substances. Il est impossible de communiquer avec des arguments logiques et rationnels. Il est donc mieux d'attendre une autre opportunité pour reprendre la discussion, quand le patient est moins sous influence de la substance (Allen, 1998).

Dans les situations où un patient doit être soigné sous influence de substances, Allen (1998) prélève les éléments suivants qui peuvent aider : -parler concrètement et demander des

questions comme quoi, qui, comment, quand et où. –congruence dans les actions et les mots, -rester basé sur la réalité et dans le présent, -rester conscient de ses propres mécaniques de défense comme déni, minimisation, rationalisme et projection (traduction libre, Allen, 1998). Deux méthodes efficaces dans la communication que les infirmières peuvent utiliser sont basées sur Prochaska et DiClemente et le modèle transthéorique du changement de Prochaska et al (1992, cité par Allen, 1998) qui impliquent cinq étapes du changement : -pré-contemplation, -contemplation, -préparation, -action et –maintenance (traduction libre, Prochaska et al, 1992, cité par Allen, 1998). Les infirmières rencontrent souvent les patients qui sont encore dans la phase pré-contemplation ou contemplation, et montrent l'expérience que les patients nient et minimisent leurs problèmes et n'entreprennent rien pour un changement. Ce comportement peut être frustrant pour les soignants. Selon Allen (1998), il est important de reconnaître les phases à travers lesquelles une personne dépendante peut passer pour pouvoir faire des interventions qui amènent à un changement (Allen, 1998).

D'autres auteurs comme Gray (2007) mentionnent que les cliniciennes travaillant avec des individus dépendants de drogues ressentent souvent une certaine résistance qu'ils appellent vite non-compliance avec le traitement ou le déni de leur problème de drogue. L'auteur propose d'examiner la volonté, vécue individuellement comme sentiment de liberté dans la résistance, illuminée des valeurs qui sont des plus importantes pour un individu (Gray, 2007). L'intention et son action sont importantes pour faire des choix, générer des idées et des sentiments concernant soi-même, comme l'estime en soi et l'auto efficacité (Gray, 2007).

La résistance est selon Gray (2007) un sentiment qui se manifeste si un mouvement est ressenti comme bloqué ou une force supérieure est perçue. La résistance est un sentiment de la force de l'intention, si l'individuation est mis en danger, si le sentiment d'un moi-même authentique est suspendu, suite à des limites conçues par des forces supérieures ou des circonstances externes (Gray, 2007). Dans le contexte de la dépendance de drogue, le bien se manifeste dans s'abstenir de drogues, et peut être ombragé par la valeur affective de choisir un chemin, qui est ressenti comme librement et activement choisi (Gray, 2007). Quand une liberté existante est trahie par d'autres, par leurs choix et règles imposés, l'individu peut construire une protection impénétrable et protectrice pour résister à des attaques frontales comme la coercition (Gray, 2007).

2.10 Le risque de rechute dans la consommation

La rechute est plus la règle que l'exception dans les dépendances (Allen, 1998). Dans leur étude, Dawson, Goldstein & Grant (2007) ont testé l'hypothèse que le risque de rechute serait plus grand chez des consommateurs d'alcool au niveau de risque modeste que chez les consommateurs complètement abstinents, et le plus élevé pour les consommateurs sur un niveau de haut risque, mais sans symptômes d'accompagnement (Dawson et al, 2007). Les résultats ont partiellement soutenu cette hypothèse, qu'ils ont pu conclure que l'abstinence représentait la plus stable forme de guérison pour la plupart des patients (Dawson et al, 2007).

Selon Witkiewitz et Masyn (2008), la rechute qui suit un sevrage et traitement de dépendance est un problème majeur. Dans leur étude, les auteurs ont évalué le temps avant la première rechute et le comportement de consommation après celui-ci. La haute tendance de rechute après un traitement a été décrit par des divers auteurs (Donovan, 1996, Hunt et al, 1971, Sutton, 1979, cité par Witkiewitz & Masyn, 2008).

Les investigations dans le comportement de consommation ont démontré une variation large entre les individus. Il y a, selon les auteurs, peu de connaissances sur la variation de consommation après la rechute et comment ce comportement pourrait être pronostiqué selon les caractéristiques avant le traitement (Witkiewitz & Masyn, 2008). Certains facteurs bio-psycho-sociaux ont été déterminés comme des facteurs potentiels de risque dans la rechute (Witkiewitz & Masyn, 2008). Les *risques distaux* sont des éléments qui représentent une susceptibilité à une consommation élevée, incluant l'histoire familiale d'abus de substance, âge de première consommation et sévérité de dépendance physique (Witkiewitz & Masyn, 2008). Les *risques distaux* sont stables à travers le temps, pendant que les *risques proximaux* sont déformables et agissent souvent comme canalisateur ou déclencheur du « craving » (Witkiewitz et al, 2008). Un *risque proximal* est le coping inefficace, qui est spécialement perturbant, parce que les individus avec une incapacité d'introduire des stratégies de coping efficaces sont plus nombreux en utilisant des substances avec l'intention de dépasser des situations de haut risque, comme par exemple des situations négatives au niveau émotionnel ou une pression sociale de consommer (Witkiewitz & Masyn, 2008).

L'importance du coping dans la prévention de rechute a amené à l'introduction d'entraînement dans les habiletés de coping comme un élément majeur dans quasiment tous les traitements de dépendance (Witkiewitz & Masyn, 2008). Dans leur étude Witkiewitz &

Masyn (2008) ont pu observer trois « patterns » communs dans le comportement de consommation après rechute, qui peuvent être caractérisés comme : -consommation modérée et non-fréquente, -consommation plus importante avec augmentation de dose à travers le temps et -consommation sévère avec haute-fréquence.

La plupart des individus de l'étude auraient rapporté un retour à l'abstinence ou une consommation non-fréquente suite à la rechute et seulement un petit pourcentage aurait été classifié comme consommateur sévère après un traitement. Les *risques distaux* ont été introduits dans l'étude et n'ont démontré aucune influence sur le comportement après rechute, mais des informations sur le temps avant une première rechute. Les risques proximaux étaient significants pour le comportement après rechute, ainsi responsables pour une direction négative après celui-ci. Ceci signifie que des habiletés de coping sont reliées à une fréquence diminuée de consommation pendant la rechute, ainsi qu'après rechute (Witkiewitz & Masyn, 2009).

Chapitre 3 : Méthode

3.1 Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche, le devis d'une de recherche non-expérimentale sera appliquée (Creswell, 2009). Une approche quantitative a été choisie pour répondre à la question issue d'une hypothèse trouvant son fondement dans le cadre théorique de King (1981). Une démarche d'étude corrélationnelle descriptive (Fortin et al, 2006) est appliquée, et la collecte de données se fera sous forme d'auto-description par l'entremise d'un questionnaire auto-administré (Loiselle et al, 2007). La collection des données s'accomplira grâce à une investigation transversale de manière prospective (Creswell, 2009).

3.2 Sélection des participants et recrutement

Quoique le modèle de King (1981) repose sur la dyade patient-soignant, dans cette étude seul le point de vue des patients sera exploré. La population cible (Fortin et al, 2006) est donc composée de patients hospitalisés pour un traitement de dépendance générale dans le canton de Fribourg. La population accessible (Fortin et al, 2006) est constituée par les patients francophones hospitalisés, pour un traitement de dépendance générale, dans une institution en suisse. Il s'agit d'un échantillonnage non-probabiliste de convenance (Fortin et al, 2006) constitué de patients francophones, ou maîtrisant bien cette langue, âgés de plus de 18 ans et hospitalisés dans le Centre de soins hospitaliers de Marsens entre septembre 2010 et février 2011.

3.2.1 Critères d'inclusion

1. Tous les patients hospitalisés sur l'unité dans cette période de 6 mois.
2. Tous les patients francophones.

3.2.2 Critères d'exclusion

1. Patients qui ont moins de 18 ans.

3.2.3 Taille d'échantillon

Polit et Beck (2004) suggèrent un échantillon de 20 à 30 individus par variable. Une estimation sur la fluctuation des patients et le nombre d'admissions entre septembre et février sera fait sur la base des informations des admissions de 2009. Le but est d'atteindre

environ 60 patients avec un retour de questionnaire au nombre de au minimum 30 une fois déduits les patients ne souhaitant pas participer à la recherche. Le calcul de puissance pour établir une taille d'échantillon nécessaire afin de détecter une corrélation entre les deux variables (Polit & Beck, 2004) n'est pas possible, étant donné qu'aucune étude quantitative sur le sujet n'a été faite sur la même population. Cette étude reste donc sur un niveau descriptif et exploratoire.

3.3 Méthode d'Investigation

3.3.1 Pré-test

Pour le pré-test, les 3 premiers patients répondant aux critères d'inclusion seront recrutés. Ces données étaient recueillies en septembre 2010. Les patients seront informés par la chercheuse et leur accord sera demandé par écrit à l'aide de la feuille de consentement suivant la même procédure que pour les patients suivants. Ces questionnaires vont être inclus dans les résultats. Suite au pré-test un changement concernant la désignation « infirmière de lien » était transformé en « infirmière de référence » afin de garantir une meilleure compréhension par les patients, parce que le terme « infirmière de référence » est utilisé dans leur quotidien. Les questions n'étaient évidemment pas changées.

3.3.2 Récolte des données

La récolte des données se fera par l'entremise d'un questionnaire auto-administré (Loiselle et al, 2007) dans la période de septembre 2010 à février 2011. Les questionnaires seront distribués par l'infirmière responsable de l'unité lors des démarches de la préparation de la sortie du patient, dès que la date de sortie sera connue. Le temps nécessaire pour le patient pour remplir le questionnaire est d'environ 10 minutes, puis il sera déposé par le patient dans une boîte, mise à disposition et garantissant l'anonymat. Les questionnaires vont être numérotés, dans le but de pouvoir s'exprimer sur le nombre des non-répondants.

Afin d'optimiser la qualité des réponses, les éléments suivants seront réalisés :

- Avant la distribution des questionnaires, les infirmières reçoivent des informations.
- Le questionnaire est présenté aux patients.
- Dans ce document, il sera assuré que la participation et les réponses données aux questions n'auront aucune influence sur leur thérapie ou les soins.
- Les médecins et infirmières n'ont pas accès aux questionnaires remplis et les patients

déposent les questionnaires dans une boîte à lettre fermée.

- La chercheuse va être présente une fois par mois pour répondre à d'éventuelles questions.
- Une fois le questionnaire inséré dans la boîte réponse, le patient comprend que ces données ne peuvent pas être retirées de l'étude.

3.3.3 Instruments

Il existe différents instruments pour mesurer l'alliance, dont le Working Alliance Inventory (WAI) qui est un des plus utilisés et reconnus (Martin et al, 2000, cité par Corbière et al, 2006) sous ces deux versions : une s'adressant aux thérapeutes et l'autre aux patients. Horvath et Greenberg (1989) ont démontré de bonnes propriétés psychométriques de cet instrument, et un niveau de fidélité d'Alpha de Cronbach à 0.93. Le WAI est facile à utiliser et existe dans une version longue (36 items) et une version courte (12 items). Les deux versions sont divisées dans 3 sous-groupes, décrivant le lien (item 1-4), la tâche (item 5-8) et le but (9-12). La traduction française du WAI-version francophone a été réalisée par l'équipe des chercheurs du centre de recherche Fernand-Seguin du CH Louis-H Lafontaine (Charbonneau, 2003). La validation du WAI français version courte a été démontrée par Corbière et al (2006) à l'aide d'un échantillon de 150 clients et 30 intervenants (Charbonneau, 2003). L'alpha de Cronbach obtenu pour le WAI version courte français, adressant au client, est à 0.87, cette version sera utilisée dans l'étude.

Il n'existe pas d'instrument d'évaluation des contrôles effectués par l'infirmière vécu par le patient, raison pour laquelle cette variable sera recueillie à l'aide d'un Visual Analog Scale (VAS). Un VAS est facile à construire (Fortin et al, 2006) et le développement d'un instrument de mesure aurait dépassé le cadre de la formation en maîtrise. Le VAS a ses limites et ne permet que de donner une impression générale sur une thématique. Il est constitué d'un trait de 100mm reliant des termes indiquant le degré de l'intensité. La valeur du score s'obtient en mesurant la distance en millimètres sur cette ligne de 100mm, donc entre 0 et 100 (Fortin et al, 2006).

3.3.4 Questionnaire

Le choix du questionnaire est basé sur son avantage de pouvoir atteindre une grande quantité de personnes et pour son relatif faible coût. Son inconvénient majeur est le risque d'interprétations différentes des questions qui ne peut être corrigé comme dans une entrevue face à face. Le questionnaire distribué aux patients se constitue de l'instrument de mesure

WAI version courte traduite et validée en français avec 12 items, et d'une question présentée sous forme d'un VAS. De plus, il est demandé aux patients d'indiquer différentes données démographiques, comme le sexe, l'âge selon des tranches d'âge, l'état civil, l'engagement professionnel, le lieu de vie entre campagne ou ville, le nombre et la durée d'hospitalisation et la durée de la problématique de dépendance et les substances consommées (voir Appendice C).

3.4 Aspects éthiques et évaluation des risques

Le rapport de Belmont publié par la commission nationale de la protection des êtres humains pour la recherche biomédicale et comportementale, comporte trois principes élémentaires : le bénéfice, le respect pour la dignité humaine et la justice (traduction libre, Polit & Beck, 2004). Cette étude s'introduit dans ces principes comme suit : *Le bénéfice* : Les conclusions de l'étude pourraient aider à développer la qualité de soins pour les patients traités pour des addictions, ainsi qu'une clarification du rôle chez les infirmières. *Le respect pour la dignité humaine* : Les participants sont informés par écrit des objectifs et de l'utilité de l'étude. Une feuille de consentement (voir Appendice E) explique d'une manière compréhensible les objectifs de l'étude et les conséquences attendues pour le patient participant. La non-participation à l'étude n'aura aucune conséquence pour le patient. *La justice* : Les questionnaires sont remplis de manière anonyme. A la fin de la récolte de données, qui durera six mois, les questionnaires seront détruits après l'analyse statistique en mois de juin 2011. Les patients ont toujours le choix de remplir ou non le questionnaire, et le mettre dans la boîte prévue à cet effet, installée sur l'unité. Tous les patients ont la même possibilité de participer à l'étude s'ils répondent aux critères d'inclusion. Ni les médecins ni les infirmières n'ont accès à des questionnaires remplis ni aux données électroniques qui seront protégées par des mots de passes et seulement accessibles par la chercheuse principale.

Des personnes souffrant de dépendance sont stigmatisées et rendues vulnérables par le sevrage de substance de dépendance pouvant déstabiliser la personne et diminuer sa faculté de prendre des décisions de protection de sa personne. La nature de cette étude rend un changement de population impossible. Cette étude ne comporte aucun risque médical, ni d'enjeux éthiques liés à une intervention médicale. De plus, afin de diminuer le risque de perturber les patients lors du sevrage et ces moments plus vulnérables, la distribution des questionnaires ne se fera qu'au moment où le patient apprend la date de sa sortie, c'est-à-dire une fois le sevrage effectué et lors de la stabilisation de sa situation. Le patient décidant de remplir le questionnaire l'introduit dans la boîte fermée garantissant

l'anonymat, mise à disposition sur l'unité. Aucun participant ne pourra être identifié dans toute présentation ou publication.

3.5 Formulaire d'information et de consentement

Les patients seront contactés par l'infirmière qui distribue le questionnaire avec une brève explication de l'étude et de son déroulement et la feuille de consentement indiquant tous les éléments de l'étude, comme la nature, le but et la méthode de récolte de données, ainsi que des informations sur les risques, les conditions, l'anonymat, le cadre dans lequel sera réalisée cette étude et enfin des informations sur l'investigatrice. La possibilité de contacter l'investigatrice à travers l'équipe est mentionnée. La feuille de consentement ainsi que l'information se trouvant sur le questionnaire se trouvent à l'Appendice D et E.

3.6 Source de financement et rétribution

Ce travail de recherche est réalisé dans le cadre de formation en maîtrise en sciences infirmières à l'Institut Universitaire de Formation et Recherche en Soins de la Faculté de Médecine et Biologie de l'Université de Lausanne. Cette étude n'est pas financée. Par contre, la Haute école de santé Fribourg (HES-SO) participe à raison de 20% du salaire de l'investigatrice au financement de ses études de Maîtrise.

Chapitre 4 : Résultats

4.1 Analyse des données

Le but de la présente étude était d'investiguer la relation entre l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient, et les contrôles effectués par les infirmières comme ils sont perçus par le patient. Les résultats de ces analyses sont présentés dans ce chapitre. Les analyses statistiques ont été faites à l'aide du logiciel STATA 11.

Dans un premier temps, les principales caractéristiques des patients issus de l'échantillon (n=28) seront présentées sous forme descriptive à l'aide d'un tableau de fréquence sous le *tableau 1*.

Dans un deuxième pas, les analyses descriptives seront abordées pour les résultats obtenus par le « Working Alliance Inventory » (WAI) en ce qui concerne l'alliance thérapeutique, sous forme d'échelle de Likert (taux de 1-7). Les résultats seront brièvement décrits pour chaque question, et après selon les sous-groupes : *-lien, -tâche, -but*. Ces données sont représentées dans le *tableau 2*.

La question supplémentaire qui figurait sur une échelle de « Visual Analog Scale » (VAS) en ce qui concerne la perception des contrôles de l'infirmière, avec un taux possible de 0 à 100, est visualisée dans le *tableau 3*.

Par la suite, les données seront testées pour leur normalité avec les tests de Shapiro-Wilk et Shapiro-Francia, ainsi que par le graphe qui représente le quantile théorique de la loi normale contre le quantile des variables de cette étude (*qqnorm*). La distribution se faisait aussi à l'aide des histogrammes et des degrés d'aplatissements, le *kurtosis* et les degrés de symétrie, le *skewness*. De plus, des graphes de *box-plot* étaient établis afin de pouvoir se prononcer sur les *outliers*. Les données qui ne sont pas distribuées de manière normale, vont par la suite être transformées par un logarithme de *Inskew0* et une deuxième fois testées sur leur normalité.

Ensuite, ce sont les taux obtenus par le WAI, en sous-groupes et en total, qui vont être comparés aux taux obtenus concernant la question sur la perception du rôle de contrôle sur la VAS, afin de pouvoir s'exprimer sur l'association entre les deux variables. Il sera donc question des résultats provenant des analyses corrélationnelles. Pour des données normales, la corrélation linéaire selon Pearson sera adoptée, et les données distribuées de manière moins normales seront mises en association par rang de Spearman-Brown.

Pour suivre, les données sociodémographiques seront mis en lien avec les taux du WAI, en sous-groupe et en total et en lien avec le taux obtenu sur VAS. Ceci se fait par des tests paramétriques comme le test de Student pour comparer deux moyennes, et le test d'ANOVA pour analyser les variances, s'il s'agit de plus de deux groupes. Les données non-normales

vont être transformées pour les tests paramétriques et vont être comparées non-transformées par le test de Kruskal-Wallis, pour comparer les moyennes et avec le test de Wilcoxon pour analyser les variances, donc par des tests non-paramétriques.

Les données sociodémographiques seront mises en lien entre elles, à l'aide des tableaux croisés (voir *tableau 5*), et le test de Chi2 afin de pouvoir s'exprimer sur une association entre deux catégories des données sociodémographiques obtenues par le questionnaire.

Après, il s'agira de présenter les résultats obtenus par la régression linéaire avec le taux totale du WAI comme variable dépendante et le taux du VAS et la forme d'admission comme variables indépendantes.

Les taux obtenus par le WAI et le VAS seront aussi transformés dans des variables binaires lors d'une démarche de régression logistique, pour après appliquer le test de Fisher entre ces données binaires et des éléments sociodémographiques et calculer un *odds-ratio* (OR) entre les groupes VAS=0 et VAS=1, comme pour les groupes WAI=0 et WAI=1 (voir *tableau 6*).

4.2 Présentation des résultats

4.2.1 Résultats des analyses descriptives

4.2.1.1 Fréquence des données sociodémographiques et caractéristiques de l'échantillon

Afin de permettre une expression sur les caractéristiques de l'échantillon, le premier traitement des données visait une présentation sous table de fréquence dans le *tableau 1* : *Principales caractéristiques des patients*.

L'échantillon se constituait de 8 femmes et 20 hommes, avec les catégories d'âge les plus fréquentes de 18-28 ans (n=10) et plus de 40 ans (n=13). On voit que la plupart des patients interrogés provenaient de Suisse (n=24), avec 3 personnes venant des pays européens et une personne se classant dans la catégorie « autres ».

Concernant le statut civil, on l'observe que 64.29 % (n=18) sont des célibataires, 6 personnes mariées (21.43%) et 4 divorcées (14.29%). Dans le cadre de l'emploi, il y a 71.43% (n=20) de patients qui sont sans emploi, et 8 (28.57%) personnes indiquaient être en emploi.

La provenance des lieux de vie entre campagne et ville sont relativement équilibrés avec campagne (n=13) et ville (n=15). Pour 60.71% (n=17) des patients, il s'agissait de la troisième hospitalisation au minimum, et 5 personnes (17.86%) qui indiquent être en

première hospitalisation. La durée de la dépendance est chez 82.14% (n=23) plus que trois ans, et chez 1 personne moins d'une année.

Des 28 patients participants, il y a 25% (n=7) qui sont hospitalisés sous pression de l'extérieur et donc pas de leur propre gré. Les autres 75% sont venus (n=21) de leur propre gré. Et en ce qui concerne la durée de l'hospitalisation, on voit que 46.43% (n=13) sont restés 1 à 4 semaines, 42.86% (n=12) étaient hospitalisés entre 1 et 2 mois, et 10.71% (n=3) sont restés plus de trois mois.

Sur le questionnaire, les personnes étaient aussi interrogées sur la substance qu'ils consommaient (voir *tableau 1*). Il était possible de cocher plusieurs substances en même temps. En ce qui concerne la consommation de différentes substances, on voit que la consommation la plus importante dans l'échantillon était celle de l'alcool, avec 78.57% des personnes qui en consommaient (n=22). Une autre substance souvent consommée est le cannabis, avec 39.29 % (n=11) qui en déclarent une consommation. Les fréquences plus faibles de consommation sont observables chez les substances héroïne (n=6, 21.43%), cocaïne (n=5, 17.86%), médicaments (n=4, 14.29%) et drogues synthétiques (n=2, 7.14%).

Tableau 1
Profil des patients de l'échantillon (n=28)

Caractéristiques	N	%
Sexe		
Hommes	20	71.43
Femmes	8	28.57
Age		
18-28	10	35.71
29-39	5	17.86
>40	13	46.43
Origine		
Suisse	24	85.71
Européen central	1	3.57
Européen de l'est	2	7.14
Autres	1	3.57
Etat civil		
Marié	6	21.43
Célibataire	18	64.29
Divorcé	4	14.29
Emploi		
Avec emploi	8	28.57
Sans emploi	20	71.43
Lieu de vie		
Ville	15	53.57
Campagne	13	46.43
Hospitalisation		
Premier	5	17.86
Deuxième	6	21.43
Troisième ou plus	17	60.71
Durée d'hospitalisation		
1 à 4 semaines	13	46.43
1 à 2 mois	12	42.86
3 mois ou plus	3	10.71
Admission		
De propre gré	21	75.00
Sous pression de l'ext.	7	25.00
Dépendance depuis		
<1 année	1	3.57
1 à 3 années	4	14.29

>3 années	23	82.14
Type de Dépendance		
Héroïne		
Non	22	78.57
Oui	6	21.43
Cocaïne		
Non	23	82.14
Oui	5	17.86
Cannabis		
Non	17	60.71
Oui	11	39.29
Alcool		
Non	6	21.43
Oui	22	78.57
Médicaments		
Non	24	85.71
Oui	4	14.29
Drogues synthétiques		
Non	26	92.86
Oui	2	7.14

4. 2. 1. 2 Alliance thérapeutique

En ce qui concerne la perception des patients concernant l'alliance thérapeutique, des questions de 1-12 devraient être chiffrées selon leur importance sur une échelle de Likert de 1-7. Une de ces questions (la question 9) était de sens-inferé. Ils existent trois sous-groupes à 4 questions avec des catégorisations : *-lien*, *-but* et *-tâche*.

La *moyenne* obtenue avec les *écarts-types* et l'interquartile *range* (IQR) par chaque question et chaque sous-groupe est présentée dans le *tableau 2*. Chaque sous-groupe contient 4 de ces 12 questions. Puisqu'il ne s'agit pas vraiment d'une échelle d'intervalle, mais plutôt ordinaire, la médiane figure aussi dans ce *tableau 2*.

Ici les résultats montrent que chaque sous-groupe a obtenu des chiffres élevés. Peu de différence entre les trois sous-groupes est observable. On voit aussi que le taux total du WAI *lien* (20.11) est légèrement moins élevé, avec un écart-type de 8.50 ; ce taux total du WAI *lien* est aussi le moins homogène des trois sous-groupes. Si l'on établit des intervalles de confiance, on voit qu'ils se chevauchent pour les trois groupes.

Tableau 2 :
Moyenne et écart-type pour les 12 items du WAI (n=28)

Question	Groupe	Moyenne	Médiane	Ecart-type	IQR
1. Je crois que mon infirmière de référence m'aime bien	lien (1-7)	4.89	5.00	1.29	2.00
2. J'ai confiance que mon infirmière de référence est capable de m'aider	lien (1-7)	5.04	5.00	1.40	2.00
3. Ma relation avec mon infirmière de référence est importante pour moi	lien (1-7)	5.29	5.50	1.44	2.50
4. Je sens que mon infirmière de référence se soucie de moi, même si je fais des choses qu'elle	lien (1-7)	4.89	5.00	1.42	2.00

n'approuve pas

Question	Groupe	Moyenne	Médiane	Ecart-type	IQR
WAI lien totale	(4-28)	20.11	21.00	5.19	8.50
5. Mon infirmière de référence et moi, nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer ma situation	tâche (1-7)	5.00	5.00	1.52	2.00
6. Je comprends parfaitement mes responsabilités dans le travail avec mon infirmière de référence.	tâche (1-7)	5.61	6.00	1.10	1.50
7. Nous nous entendons sur ce qui est important	tâche (1-7)	5.43	6.00	1.32	2.00
8. Je crois que ce que nous faisons pour régler mon problème est correct	tâche (1-7)	5.21	5.00	1.34	2.00
WAI tâche totale	4-28	21.25	22.00	4.74	8.00
Question	Groupe	Moyenne	Médiane	Ecart-type	IQR
9. J'ai des inquiétudes quant aux résultats de nos rencontres	but (1-7)	5.14	6.00	1.41	2.00
10. Les buts actuels de nos rencontres sont importants pour mon infirmière de référence	but (1-7)	5.11	5.00	.99	2.00
11. Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus ensemble	but (1-7)	5.04	5.00	1.53	2.00
12. Nos rencontres m'ont permis d'être plus clair sur comment je pourrais être capable de changer	but (1-7)	5.04	5.00	1.17	1.50
WAI but totale	4-28	20.32	21.50	3.90	5.00
WAI totale	12-84	61.68	64	12.52	20

Les deux questions avec la moyenne la moins élevée (4.89) comparée à la moyenne de toutes les 12 questions à 5.14, sont issues du sous-groupe *lien*. Ce qui expliquera aussi la moyenne moins élevée du taux total du sous-groupe *lien*. Il s'agit de la question 1 : « *Je crois que mon infirmière de référence m'aime bien* ». Et deuxièmement de la question 4 : « *Je sens que mon infirmière de référence se soucie de moi, même si je fais des choses qu'elle n'approuve pas* ».

La question avec la moyenne la plus élevée (5.60) comparée à la moyenne de toutes les 12 questions à 5.14, est issue du sous-groupe *tâche*. Il s'agit de la question 6 : « *Je comprends parfaitement mes responsabilités dans le travail avec mon infirmière de référence* ».

4. 2. 1. 2. 1 Distribution des taux obtenus par le WAI

La moyenne du taux total obtenue par l'échelle de WAI concernant le sous-groupe *lien* pouvait varier de 4-28 et est rapportée au *tableau 2*, la moyenne du taux obtenu est 20.11, donc la moyenne la moins élevée de tous les sous-groupes. L'écart type est de 5.19.

En ce qui concerne la distribution, on considère le *skewness* (coefficient d'asymétrie) qui est de -0.34 donc très proche de zéro, mais plus petit, ce qui indique une légère asymétrie à gauche. Mais on peut conclure que la distribution peut être assimilée à une distribution normale. L'aplatissement mesuré avec le coefficient d'aplatissement (*kurtosis*) indique avec plus petit que 3 des queues de probabilité fines et avec plus grand que 3 des queues larges. Ici, le *kurtosis* est de 1.90, donc on peut conclure une courbe gaussienne plus pointue, ce qui était confirmé par l'histogramme et la ligne de distribution normale.

La moyenne du taux total obtenu par l'échelle de WAI concernant le sous-groupe *but*, qui pouvait aussi varier de 4-28 (voir *tableau 2*) est à 20.32. L'écart type est de 3.89, alors un peu moins élevé que dans le sous-groupe *lien*, ce qui parle pour une plus grande homogénéité des données dans ce sous-groupe *but*. Ici le *skewness* est -0.59 donc toujours très proche de zéro, mais plus petit ; ce qui indique une légère asymétrie à gauche. L'aplatissement mesuré avec le *kurtosis* indique avec plus petit que 3 (2.19) une courbe gaussienne plus pointue, ce qui était confirmé par l'histogramme et la ligne de distribution normale.

En ce qui concerne la moyenne du taux total obtenu par l'échelle de WAI du sous-groupe *tâche* (voir *tableau 2*), on observe qu'elle est de 21.25, donc le plus élevé de tous les sous-groupes. L'écart-type est de 4.74, donc le groupe est aussi très homogène. Le *skewness* est de -0.28, donc très proche de zéro mais plus petit ; ce qui indique une légère asymétrie à gauche. L'aplatissement mesuré avec le *kurtosis* est de 1.20, donc on peut conclure une courbe gaussienne pointue, confirmée par l'histogramme et la ligne de distribution normale.

Le taux total de tous les sous-groupes, la moyenne du taux obtenu est 61.68 avec un écart-type de 12.52. Ici le *skewness* est de -0.54 donc très proche de zéro mais plus petit, ce qui indique une légère asymétrie à gauche, mais on peut conclure que la distribution peut être assimilée à une distribution normale. L'aplatissement mesuré avec le *kurtosis* indique avec plus petit que 3 (2.20) une courbe gaussienne pointue, confirmée par l'histogramme et la ligne de distribution normale.

4. 2. 1. 3 Contrôles effectués par l'infirmière

Le *tableau 3* présente la moyenne du taux obtenu par l'échelle de VAS concernant la question supplémentaire sur le vécu des contrôles de l'infirmière. Le taux pouvait varier entre 0 à 100, selon la distance à laquelle le patient mettait sa croix sur la VAS. Tel que rapporté au *tableau 3*, la moyenne du taux obtenu est 25.5, donc plutôt faible si l'on pense que l'échelle allait jusqu'à 100. L'écart type est de 26.27, il s'agit donc d'un groupe hétérogène.

Dans cette distribution, le *skewness* est de 0.75 donc très proche de zéro. L'aplatissement mesuré avec le *kurtosis* indique avec plus petit que 3 (2.15) des queues de probabilité fines, donc on peut conclure que la courbe gaussienne est plus pointue que normalement. Mais si l'on compare la moyenne obtenue de 25.50, et la médiane à 13.00, on peut déjà conclure que la distribution n'est pas si proche d'une distribution normale, ou la moyenne et la médiane seraient similaires.

Tableau 3
Moyenne et écart-type pour la question supplémentaire du VAS (n=28)

Question	Groupe	Moyenne	Médiane	Ecart-type	IQR
13. Percevez-vous les contrôles de prise d'alcool et/ou drogue, faits par l'infirmière, comme un élément pesant?	0-100	25.50	13.00	26.27	49.00

4.2.2 Tests de normalité

4.2.2.1 Taux du WAI

Dans la section WAI, les tests de normalité de Shapiro-Francia et de Shapiro-Wilk indiquent pour le taux total du WAI une distribution normale. Parce que la valeur-p est 0.22 pour le Shapiro-Francia et 0.19 pour le Shapiro-Wilk, donc la valeur-p est plus grande que 0.05 et on rejette l'hypothèse de la normalité seulement si $p < 0.05$. Le graphe permettant de s'exprimer sur la normalité des données, en comparant le quantile théorique de la loi normale contre le quantile des variables (*qqnorm*), indique concernant le taux total du WAI une assez bonne normalité.

Les données du sous-groupe WAI *lien* peuvent être considérées comme normales, avec un test du Shapiro-Francia (valeur-p=0.345) et un test de Shapiro-Wilk (valeur-p=0.272). Egalement le graphe *qqnorm* indique une normalité des données.

Le taux du sous-groupe WAI *tâche* est aussi distribué de manière normale selon le test de Shapiro-Francia (valeur-p=0.824) et le test de Shapiro-Wilk (valeur-p=0.799). Le graphe *qqnorm* confirme cette normalité des données.

Concernant le taux du sous-groupe WAI *but*, on ne peut pas confirmer des données normales, comme on pourrait le conclure vu la distribution représentée sous le paragraphe auparavant, parce que le test de Shapiro-Wilk indique avec une valeur-p à 0.028 qu'il faudrait rejeter l'hypothèse de la normalité. Contrairement au test de Shapiro-Francia qui

indique avec une valeur p à 0.114 des données normales. Le graphe qui compare le quantile théorique de la loi normale contre le quantile des variables, représente des données très proches de la ligne normale. Le taux du sous-groupe *but* a été transformé avec un logarithme *Inskew0*, ce qui donne une valeur-p de 0.862 pour le test de Shapiro-Francia, et une valeur p de 0.688 pour le Shapiro-Wilk. Confirmées par le graphe *qqnorm*, les données du taux du sous-groupe WAI *but* sont, après la transformation, normales.

4.2.2.2 Taux du VAS

Pour le taux obtenu par l'échelle VAS, une distribution non-normale est indiquée par le test de Shapiro-Francia (valeur-p=0.0097) et de Shapiro-Wilk (valeur-p=0.00078), et est donc $p < 0.05$, ce qui fait rejeter l'hypothèse de la normalité.

Les points sur le graphe permettant de s'exprimer sur la normalité des données en comparant le quantile théorique de la loi normale contre le quantile des variables, confirment cette non-normalité, raison pour laquelle cette variable a été transformée avec un logarithme *Inskew0*. Après la transformation, la valeur-p est de 0.026 pour le test de Shapiro-Wilk, donc toujours plus petit que 0.05, mais de 0.17 pour le test de Shapiro-Francia, indiquent une normalité des données, résultat qui était confirmé par le graphe *qqnorm*.

4. 2. 3 Analyses d'association

4. 2. 3. 1 Analyse de corrélation entre le WAI et le VAS

En ce qui concerne la corrélation entre les deux variables de l'alliance thérapeutique, mesurée par le WAI et le vécu des contrôles de l'infirmière mesuré sur une VAS, le *tableau 4* regroupe les résultats des analyses de corrélation effectuées entre le taux total des sous-groupes du WAI, le taux total du WAI et le VAS. Selon les résultats obtenus de cet échantillon, une corrélation linéaire négative est observable pour tous les sous-groupes entre le taux total du WAI et le taux du VAS. Ces données ont été confirmées par des graphes de *scatter-plot*. Les résultats suggèrent que plus le taux du VAS est élevé, et donc les contrôles sont vécus comme pesants, les moins élevés sont les taux du WAI, signifiant donc que les alliances thérapeutiques sont moins bonnes.

Parce que le test de corrélation de Pearson est sensible aux « outliers », les variables transformées du taux VAS et du WAI *but* ont été utilisés dans un deuxième pas, pour atteindre une meilleure distribution normale, et deuxièmement une corrélation de rang de

Spearman-Brown était calculée (voir *tableau 4*) avec les variables non-transformées afin de permettre une comparaison entre les deux valeurs.

Tableau 4
Corrélations

Variables	Corrélation Pearson	Significativité (valeur-p)	Corrélation de rang de Spearman-Brown (rho)
WAI taux total/ VAS			-0.69
WAI taux total/ VAS transformé (<i>Inskew0</i>)	-0.67	>0.001	
WAI but/ VAS			-0.80
WAI but transformé/VAS transformé (<i>Inskew0</i>)	-0.75	>0.001	
WAI tache/ VAS			-0.64
WAI tache/ VAS transformé (<i>Inskew0</i>)	-0.63	>0.001	
WAI lien/ VAS			-0.51
WAI lien/ VAS transformé (<i>Inskew0</i>)	-0.48	=0.008	

La corrélation du taux du sous-groupe *lien* avec le taux du VAS est la corrélation la plus faible de tous les sous-groupes. Le coefficient de corrélation de Pearson est à -0.48 pour le taux du sous-groupe *lien* et le taux du VAS transformé. Ceci indique une légère corrélation linéaire négative entre ces deux variables avec une bonne significativité ($p=0.008$). Le graphe *scatter-plot* confirme la corrélation linéaire, et démontre deux « outliers » probablement responsables pour la moins bonne corrélation Pearson, comparé à une corrélation de rang à -0.51.

Les questions du WAI qui corrélient le plus avec le taux du VAS indiquant la perception des contrôles par le patient, sont la question 12 (4^{ème} question du sous-groupe *but*) : « *Nos rencontres m'ont permis d'être plus clair sur comment je pourrais être capable de changer* » avec un coefficient de Pearson à -0.69 ($p<0.001$) et une corrélation de Spearman-Brown de -0.74. Et deuxièmement, la question 6 (2^{ème} question du sous-groupe *tâche*) : « *Je comprends parfaitement mes responsabilités dans le travail avec mon infirmière de référence* », avec un coefficient de Pearson à -0.64 ($p<0.001$) et une corrélation de Spearman-Brown de -0.66.

4.2.3.2 Association avec les données sociodémographiques

Les facteurs sociodémographiques présentés dans le *tableau 1* qui ont été demandés aux patients dans le cadre du questionnaire sous forme de catégories, vont dans ce paragraphe

être mis en lien avec les taux obtenus pour la variable de l'alliance thérapeutique du WAI et celle sur la perception des contrôles sur la VAS.

4.2.3.2.1 Sexe

En ce qui concerne les taux obtenus sur le WAI selon le sexe, on voit que la moyenne du taux total du WAI est légèrement élevée chez les femmes (n=8) comparée aux hommes (n=20), c'est-à-dire qu'elle est à 63.75 (SD=12.43) pour les femmes, et à 60.85 (SD=12.77) pour les hommes. Mais les tests paramétriques qui étaient effectués, vu la normalité des données du taux total du WAI, comme le test de Student et le test d'ANOVA pour comparer les moyennes, n'indiquent pas de différence de moyenne significative, parce que la valeur $p > 0.05$.

Dans les sous-groupes du WAI, il y a aussi une légère différence dans les moyennes obtenues par les femmes et les hommes. Dans le sous-groupe *lien*, la moyenne est de 20.63 (SD=5.34) pour les femmes, et 19.90 (SD=5.25) pour les hommes. Dans le sous-groupe *tâche*, la moyenne est de 22.13 (SD=4.64) pour les femmes, et 20.90 (SD=4.85) pour les hommes. Dans le sous-groupe *but*, la moyenne est de 21 (SD=3.70) pour les femmes et de 20.05 (SD=4.03) pour les hommes. On observe donc une moyenne légèrement inférieure chez les hommes comparée aux femmes. Les tests effectués comme le test de Student pour comparer les moyennes et l'analyse de variance d'ANOVA, dans les sous-groupes *tâche* et *lien*, ne démontrent aucune différence de moyenne statistiquement significative. Et les tests de Wilcoxon et Kruskal-Wallis, comme tests non-paramétriques pour les données sans distribution normale comme le sous-groupe *but*, ne démontrent aussi aucune différence significative entre les moyennes obtenues par les femmes et les hommes.

En ce qui concerne le taux obtenu par le VAS et son association avec le facteur sociodémographique du sexe, on peut observer que les taux du VAS, donc sur le degré comment est vécu les contrôles comme pesants, les hommes ont avec une moyenne de 27.35 (SD=26.83), une moyenne plus élevée que les femmes avec 20.88 (SD=25.96). Les tests non-paramétriques comme le test de Wilcoxon et de Kruskal-Wallis, avec la variable VAS et sexe, ne démontrent aussi aucune différence de moyenne statistiquement significative entre hommes et femmes.

4.2.3.2.2 Age

Les observations ne sont pas distribuées de manière équilibrée dans les catégories d'âge, parce qu'il y a plus d'observations dans les groupes 3, donc des patients avec plus de 40 ans. La moyenne obtenue du taux total du WAI est plutôt similaire dans les trois groupes, peut-être avec une moyenne un peu moins élevée chez le groupe d'âge entre 18-28 ans. On

observe dans ce groupe d'âge un taux total du WAI moins élevé (moyenne (m) =55.1, SD=9.75, n=10) que dans les autres groupes. La moyenne du taux total du WAI la plus élevée est détectée chez les personnes ayant plus de 40 ans (m=66.23, SD=14.15, n=13). Le groupe entre 29-39 ans (m=63, SD=8.06, n=5) est entre deux. Le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis pour analyser les variances montre avec une valeur p de 0.044 une significativité de différence entre les trois groupes.

Concernant le taux du sous-groupe *lien* du WAI, la moyenne est aussi légèrement plus élevée dans le groupe des patients de plus de 40 ans, qui est en même temps aussi le plus grand groupe (n=13, m=21.46, SD=5.97), et le moins élevé dans le premier groupe, donc des patients entre 18-28 ans (n=10, m=18.4, SD=4.81). Les tests paramétrique d'ANOVA et le teste non-paramétrique de Kruskal-Wallis, pour analyser les variances, ne sont pas significatifs.

Dans le sous-groupe *tâche* du WAI, la différence de moyenne obtenue est plus forte selon les groupes d'âge, c'est-à-dire que la moyenne dans le premier groupe (18-28 ans) avec 18.80 (SD=3.26) est moins élevée que la moyenne dans le deuxième groupe (29-39 ans) avec 21.40 (SD=4.51), et surtout comparée au troisième groupe (plus de 40 ans) avec 23.08 (SD=5.22). Par contre, le test paramétrique d'ANOVA et le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis ne démontrent aucune significativité des résultats.

Dans le sous-groupe *but* du WAI, on peut observer la même tendance, c'est-à-dire le premier groupe d'âge a une moyenne (n=10, m=17.9, SD=3.45) légèrement inférieure comparée aux deux autres groupes. C'est le troisième groupe d'âge, des patients de plus de 40 ans, qui démontre la moyenne la plus élevée (n=13, m=21.69, SD=3.84). Le deuxième groupe d'âge est entre les deux autres groupes (n=5, m=21.6, SD=2.97). Les tests confirment la différence entre les groupes d'âge. Le test d'ANOVA, qui a été fait avec la variable du taux du sous-groupe *but*, après transformation, démontre une différence de moyenne statistiquement significative entre les trois groupes d'âge (p=0.031). Le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis avec la variable non-transformée souligne ce résultat (p=0.034).

Concernant la question sur le VAS et son lien avec le facteur sociodémographique de l'âge, on voit que le premier groupe d'âge (18-28 ans) démontre des taux plus élevés sur le VAS (n=10, m=40.9, SD=28.59), comparé au deuxième groupe d'âge (29-39 ans, n=5, m=29.8, SD=21.99) et au troisième groupe d'âge. Le troisième groupe d'âge démontre le taux le moins élevé sur le VAS de tous les trois groupes (plus de 40 ans, n=13, m=12, SD=19.37). Le test paramétrique d'ANOVA, fait avec la variable VAS transformée et l'âge et démontre une différence de moyenne obtenue sur le VAS qui est statistiquement significative (p=0.016) entre les groupes d'âges, donc plus élevée dans le premier groupe et moins

élevée dans le troisième groupe. Le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis avec la variable VAS non-transformé souligne cette significativité ($p=0.026$).

4.2.3.2.3 *Etat civil*

La moyenne du taux total du WAI, qui pouvait varier entre 12 et 84, est la plus élevée chez les patients étant divorcés ($n=4$, $m=71.5$, $SD=6.14$) et la moins élevée chez les personnes mariées ($n=6$, $m=59.34$, $SD=18.67$). Le groupe le plus grand est celui des patients célibataires ($n=18$). La distribution dans les groupes n'est donc pas homogène. Le groupe des patients célibataires a une moyenne du taux total du WAI à 60.28 ($SD=10.63$). Le test paramétrique d'ANOVA et non-paramétrique de Kruskal-Wallis ne démontrent aucune significativité statistique dans la différence des données selon les groupes d'état civile.

Chez le sous-groupe *lien* du WAI, ce sont les patients mariés qui ont obtenu les taux les moins élevés ($n=6$, $m=17.84$, $SD=7.11$), comparés aux patients célibataires ($n=18$, $m=19.95$, $SD=4.53$) et surtout les divorcés ($n=4$, $m=24.25$, $SD=2.87$). Pour le sous-groupe *tâche* du WAI, les patients célibataires ont les taux les moins élevés ($n=18$, $m=20.5$, $SD=4.00$) comparés aux groupe des mariés ($n=6$, $m=21.34$, $SD=7.15$) et les divorcés, avec le taux le plus élevé ($n=4$, $m=24.5$, $SD=3$). Le sous-groupe *but* du WAI est constitué par une moyenne la moins élevée du groupe des patients célibataires ($n=18$, $m=19.83$, $SD=3.73$), le groupe des mariés avec une moyenne entre les deux autres groupes ($n=6$, $m=20.17$, $SD=5.23$), et le groupe des divorcés avec le taux le plus élevé ($n=4$, $m=22.75$, $SD=1.71$). Pour les taux des sous-groupes *lien* et *tâche*, un test ANOVA était fait afin d'analyser les variances. Ce test n'a démontré aucune significativité entre les moyennes. Pour le sous-groupe *but* du WAI, le test de Kruskal-Wallis était fait pour analyser les variances, mais sans trouver une significativité statistique entre les groupes.

En ce qui concerne la question sur le VAS, le groupe des patients divorcés a obtenu le taux le moins élevé ($n=4$, $m=9.5$, $SD=12.34$), comparé au groupe des célibataires ($n=18$, $m=31.78$, $SD=27.04$) et le groupe des mariés ($n=6$, $m=17.34$, $SD=26.85$). Mais cette différence entre les groupes n'a pas pu être démontrée par le test paramétrique d'ANOVA avec la variable VAS transformée, et non plus par le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis avec la variable VAS non-transformée.

4.2.3.2.4 *Admission*

En ce qui concerne le lien entre la forme d'admission entre admission sous pression de l'extérieur et de leur propre gré, on observe que les résultats obtenus par les questionnaires soulèvent des taux totaux du WAI plus élevés chez les personnes admises de leur propre

gré. Mais la distribution dans les groupes n'est pas homogène, avec 21 patients hospitalisés de leur propre gré et seulement 7 patients hospitalisés sous pression de l'extérieur.

Concernant le taux total du WAI, les données obtenues démontrent donc une moyenne plus élevée chez les patients ayant été admis de leur propre gré ($n=21$, $m=65.43$, $SD=10.29$), contrairement aux patients hospitalisés sous pression de l'extérieur ($n=7$, $m=50.43$, $SD=12.45$). Le test paramétrique de Student pour la comparaison des moyennes avec variances hétérogènes (unequal) souligne cette différence entre les deux moyennes avec une significativité statistique ($p=0.018$). Ceci indique que l'hypothèse qu'il n'y a pas de différence de moyenne peut être rejetée. Ceci signifie que les personnes ayant été admises sous pression de l'extérieur ont des taux totaux du WAI moins élevés, donc des alliances thérapeutiques moins bonnes que les personnes admises de leur propre gré.

Le taux du sous-groupe *lien* du WAI et son lien avec le facteur sociodémographique de la forme de l'admission démontre une moyenne à 21.48 ($SD=4.34$) pour les patients admis de leur propre gré, et une moyenne de 16 ($SD=5.66$) pour les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur. Ici le test paramétrique de Student pour comparer deux moyennes avec des variances hétérogènes est statistiquement significatif ($p=0.046$), ce qui signifie que l'hypothèse qu'il n'y a pas de différence entre les moyennes peut être rejetée. Par contre, les intervalles de confiance entre le groupe étant hospitalisé de leur propre gré (CI 95% : 19.50-23.45) et du groupe hospitalisé sous pression de l'extérieur (CI 95% : 10.77-21.23), se chevauchent, ce qui est aussi visible dans la moins bonne significativité. On voit aussi que le groupe des personnes admises de leur propre gré est plus hétérogène que l'autre groupe, vu la variance qui est plus élevée.

Pour le taux du sous-groupe *but* du WAI, les données démontrent une moyenne de 21.34 ($SD=3.34$) pour le groupe admis de son propre gré ($n=21$) et une moyenne de 17.29 ($SD=4.11$) pour les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur ($n=7$). Puisque la variable du WAI *but* n'est pas distribuée normalement, elle était transformée pour les tests paramétriques, et l'analyse de variances ANOVA avec la variable WAI *but* transformé démontre une significativité statistique de différence de variance ($p=0.027$). Et le test équivalent non-paramétrique de Wilcoxon avec la variable WAI *but* non-transformé confirme ce résultat ($p=0.029$).

Le sous-groupe *tâche* du WAI avec le facteur sociodémographique de la forme d'admission, suggère aussi des observations similaires aux autres sous-groupes. C'est-à-dire que les patients admis de leur propre gré ont une moyenne ($m=22.62$, $SD=4.39$) plus élevée que les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur ($m=17.14$, $SD=3.24$). Cette différence est démontrée avec le test de Student de comparaison de moyennes qui soulève une différence

de moyenne statistiquement significative ($p=0.0034$), ce qui fait que l'on peut rejeter l'hypothèse que les deux moyennes sont égales. Les intervalles de confiance (CI 95% : 20.62-24.62) pour les patients hospitalisés de leur propre gré et les intervalles de confiance (CI 95% : 14.15-20.14) pour les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur, ne se chevauchent pas et soulignent encore la significativité de la différence des moyennes. On peut donc conclure que les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur ont des taux moins élevés dans tous les sous-groupes du WAI, ainsi que dans le taux total du WAI.

Pour la question sur le contrôle et comment il est perçu par le patient, mesuré sur le VAS, les données indiquent des taux plus élevés, ce qui signifie que le rôle de contrôle est vécu comme plus dérangeant lorsque le patient était hospitalisé sous pression de l'extérieur. Les patients hospitalisés de leur propre gré ($n=21$) ont une moyenne du VAS à 15.24 ($SD=16.52$) comparée aux patients hospitalisés sous pression de l'extérieur ($n=7$) avec une moyenne à 56.28 ($SD=26.86$). L'écart-type qui est plus élevé dans le groupe des patients hospitalisés sous pression de l'extérieur indique une moins bonne homogénéité des données dans ce groupe. Puisque la variable VAS n'est pas distribuée normalement, des tests non-paramétriques ont été faits avec la variable non-transformée, et des tests paramétriques avec la variable transformée. Le test de Wilcoxon, test non-paramétrique pour comparer des moyennes démontre une différence de moyenne significative ($p=0.004$). Et le test paramétrique de Student pour des variances hétérogènes fait avec la variable VAS transformée souligne la significativité ($p=0.0057$). On peut donc rejeter l'hypothèse qu'il n'y a aucune différence entre les deux groupes. Les intervalles de confiance du groupe admis de son propre gré (CI 95% : 7.72-22.76) et l'intervalle de confiance des patients admis sous pression de l'extérieur (CI 95% : 31.45-81.12) ne se chevauchent pas, ce qui souligne encore la significativité de la différence de la moyenne. Ces résultats indiquent qu'il y a une différence significative entre les deux groupes et que la forme d'admission a une influence sur la perception des contrôles. C'est-à-dire que les patients admis sous pression et contre leur gré perçoivent les contrôles effectués par l'infirmière comme plus pesants.

4.2.3.2.5 Nombre d'hospitalisations

Un autre facteur sociodémographique est le nombre d'hospitalisations. La moyenne du taux total du WAI est plus élevée ($m=65.82$, $SD=9.95$) chez les personnes étant hospitalisées trois fois au minimum ($n=17$). Le taux le moins élevé est observé dans cet échantillon dans le groupe avec une deuxième hospitalisation ($n=6$, $m=53.84$, $SD=13.21$). Le groupe avec une première hospitalisation est entre deux ($n=5$, $m=57$, $SD=15.84$). Ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs et n'ont pu être démontrés par aucun test.

Dans le sous-groupe *lien* du WAI, ce sont aussi les patients avec une troisième hospitalisation ou plus qui ont les taux les plus élevés ($n=17$, $m=22.24$, $SD=4.22$), suivis par le groupe avec une première hospitalisation ($n=5$, $m=18$, $SD=4.64$) et avec le taux le moins élevé ce sont aussi les patients du deuxième groupe ($n=6$, $m=15.84$, $SD=5.42$). Cette différence des groupes a pu être démontrée avec le test paramétrique d'analyse de variance Anova, qui soulève une significativité de différence entre les trois groupes ($p=0.015$). Ce qui indiquera ici que les patients avec une troisième hospitalisation ont une moyenne obtenue par le sous-groupe *lien* du WAI qui est plus élevée comparée aux deux autres groupes. Ce sont les patients avec une deuxième hospitalisation qui ont les taux les moins élevés du sous-groupe *lien* du WAI. Le sous-groupe *but* du WAI démontre aussi la même tendance, que les patients avec une troisième hospitalisation et plus ont la moyenne plus élevée ($n=17$, $m=21.12$, $SD=3.49$) comparée aux deux autres groupes, et que ce sont les patients avec une deuxième hospitalisation qui ont la moyenne la moins élevée ($n=6$, $m=18.83$, $SD=4.02$). Aucun test ne démontre par contre la significativité de cette différence entre les groupes. Dans le sous-groupe *tâche*, ce sont aussi les patients avec la plus grande moyenne obtenue ($n=17$, $m=22.47$, $SD=4.01$) comparée aux deux autres groupes. Mais aussi sans significativité statistique.

Entre la question sur le rôle de contrôle sur le VAS et le nombre d'hospitalisations, on observe dans le présent échantillon que c'est comme l'on pouvait s'y attendre, l'inverse comme avec les taux obtenus par le WAI. C'est-à-dire, les patients dans une deuxième hospitalisation ($n=6$, $m=45.83$, $SD=27.79$) ont le taux du VAS le plus élevé des trois groupes. Les patients avec une troisième hospitalisation ou plus ont le taux du VAS le moins élevé ($n=17$, $m=19.06$, $SD=20.86$). Le groupe avec une première hospitalisation est entre les deux autres groupes ($n=5$, $m=23$, $SD=33.86$). Ces différences de moyenne ne sont pas statistiquement significatives, ni le test paramétrique d'analyse de variances ANOVA avec la variable VAS transformée, ou le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis avec la variable non-transformée soulèvent une différence significative.

4.2.3.2.6 Profession

Les patients sans emploi étaient plus nombreux ($n=20$), comparés à ceux avec emploi ($n=8$). Les patients sans emploi avaient en moyenne de meilleures alliances ($m=63.1$, $SD=12.35$) que les patients avec emploi ($m=58.12$, $SD=5.11$), observable aussi dans tous les sous-groupes. Mais cette différence de moyenne n'est pas statistiquement significative. Le taux obtenu par le VAS était chez les personnes sans emploi plus élevé ($m=28.95$, $SD=27.29$) que chez les personnes avec emploi ($m=16.87$, $SD=22.81$). Mais sans significativité statistique.

4.2.3.2.7 *Durée d'hospitalisation*

Le taux total du WAI varie peu selon la durée de l'hospitalisation, la moyenne la plus élevée a, dans cet échantillon, les patients avec une durée de l'hospitalisation de 1 à 2 mois ($n=12$, $m=65.75$, $SD=9.36$). La moyenne la moins élevée est dans le groupe avec une durée de l'hospitalisation de 3 mois et plus ($n=3$, $m=54$, $SD=12.29$).

Pour le sous-groupe *lien* du WAI, ce sont aussi les patients avec une durée d'hospitalisation de 3 mois ou plus qui ont la moyenne la moins élevée ($n=3$, $m=14.67$, $SD=2.89$). Et le taux le plus élevé est aussi observable dans le groupe des patients avec une durée d'hospitalisation de 1 à 2 mois (deuxième groupe) ($n=12$, $m=22.83$, $SD=3.81$). Les patients avec une durée d'hospitalisation de 1 à 4 semaines ont une moyenne à 18.85 ($n=5$, $SD=5.41$). Pour ce sous-groupe *lien*, l'analyse de variance d'ANOVA soulève une différence statistiquement significative ($p=0.0185$). Ce qui veut dire que les patients avec une durée d'hospitalisation de trois mois ou plus ont une moyenne inférieure pour le sous-groupe *lien* que les deux autres groupes de durée d'hospitalisation. La même distinction entre les groupes de durée d'hospitalisation se fait dans le sous-groupe *tâche*, mais avec une très faible différence : 1 à 4 semaines ($n=13$, $m=21$, $SD=5.80$) 1 à 2 mois ($n=12$, $m=21.83$, $SD=3.29$) et 3 mois et plus ($n=3$, $m=20$, $SD=6.08$). Cette différence n'est pas significative. Pour le sous-groupe *but*, c'est aussi la même tendance, mais avec très peu de différence : 1 à 4 semaines ($n=13$, $m=19.85$, $SD=4.06$) 1 à 2 mois ($n=12$, $m=21.08$, $SD=3.99$) et 3 mois et plus ($n=3$, $m=19.33$, $SD=3.51$), et avec aucune significativité statistique.

La question concernant le vécu des contrôles de l'infirmière, en lien avec la durée d'hospitalisation, soulève une moyenne plus élevée dans le groupe des patients hospitalisés de 3 mois et plus ($n=3$, $m=44.33$, $SD=25.48$), donc le même groupe qui démontre des taux plutôt bas du WAI. Le groupe avec la moyenne du VAS la plus élevée et le groupe avec une hospitalisation de 1 à 2 mois ($n=12$, $m=24.33$, $SD=26.81$). Entre deux, le groupe avec une durée d'hospitalisation de 1 à 4 semaines ($n=13$, $m=22.23$, $SD=26.15$). Ces différences de moyenne n'ont pu être soulignées par aucun test et ne sont donc pas statistiquement significatives.

4.2.3.2.8 *Durée de dépendance*

Dans la durée de la dépendance en lien avec le taux total du WAI, on observe que la moyenne la plus élevée est obtenue par le troisième groupe, les patients qui souffrent d'une dépendance depuis plus de 3 années ($n=23$, $m=62.70$, $SD=12.71$), suivi des patients qui souffrent de la dépendance de <1année, mais il y a juste une observation à 62. La moyenne

la moins élevée est chez les patients avec une dépendance depuis 1-3 années (n=4, m=55.75, SD=13.12).

Concernant la question sur le VAS sur le contrôle et la durée de la dépendance, on trouve dans l'échantillon présent que le groupe avec la moyenne la plus élevée se trouve dans les patients avec une dépendance depuis 1-3 années (n=4, m=45, SD=29.74). La moyenne dans le groupe de plus de 3 années est à 23.13 (n=23, SD=25.02), et le premier groupe avec une dépendance de moins d'une année contient seulement une observation à 2. Ces différences de moyenne ne sont pas significatives, parce qu'aucun test paramétrique ou non-paramétrique n'a pu soulever une significativité.

4.2.3.2.9 Type de substance

Cannabis

Entre le taux du VAS et le type de substance consommée Cannabis existe un lien, c'est-à-dire que les patients ayant déclaré une consommation de cannabis ont un taux plus élevé de VAS (n=11, m=37.90, SD=29.63), comparé aux patients sans consommation de cannabis (n=17, m=17.47, SD=21.02). Mais cette différence n'est pas statistiquement significative, parce qu'aucun test n'a pu soulever une telle significativité.

4.2.5 Relation entre les différentes données sociodémographiques

4.2.5.1 Fréquences de distribution

Entre les différentes données sociodémographiques évoquées sur le questionnaire, des tableaux croisés ont été établis, afin de pouvoir se prononcer sur les fréquences des patients dans deux catégories. Ces données sont représentées dans le *tableau 5*. Sur le questionnaire, les catégories concernant la substance consommée permettaient plusieurs réponses, et les données obtenues suggèrent une consommation de plusieurs substances en même temps.

Tableau 5 : Données sociodémographiques

	Sexe	Age	Etat civil	Profession	Hospitalisation	Durée d'hospitalis.	Admission	Dépend. depuis	Héroïne	Cocaïne	Cannabis	Alcool	Médicaments	Drogues synthét.
	H/F	18-28 /29-39/>40 N	marié/célibataire/divorcé N	avec emploi/sans emploi N	1 ^{ère} /2 ^{ème} / ³ ème N	1à4sem/1à2mois/>3mois N	propre gré/sous pression N	>1ans/1-3ans/>3ans N	oui/non N	oui/non N	oui/non N	oui/non N	oui/non N	oui/non N
Sexe														
H	20/ 0	9/ 3/ 8	4/15/ 1	1/ 7	5/ 4/11	9/ 9/ 2	15/ 5	1/ 4/15	5/15	5/15	9/11	15/ 5	4/16	2/18
F	0/ 8	1/ 2/ 5	2/ 3/ 3	7/13	0/ 2/ 6	4/ 3/ 1	6/ 2	0/ 0/ 8	1/ 7	0/ 8	2/ 6	7/ 1	0/ 8	0/ 8
Age														
18-28	9/ 1	10/ 0/ 0	0/10/ 0	4/ 6	3/ 2/ 5	3/ 5/ 2	6/ 4	1/ 3/ 6	3/ 7	3/ 7	6/ 4	6/ 4	2/ 8	1/ 9
29-39	3/ 2	0/ 5/ 0	0/ 5/ 0	0/ 5	0/ 1/ 4	1/ 3/ 1	4/ 1	0/ 0/ 5	2/ 3	1/ 4	4/ 1	4/ 1	2/ 3	1/ 4
>40	8/ 5	0/ 0/13	6/ 3/ 4	4/ 9	2/ 3/ 8	9/ 4/ 0	11/ 2	0/ 1/12	1/12	1/12	1/12	12/ 1	0/13	0/13
Etat civil														
marié	4/ 2	0/ 0/ 6	6/ 0/ 0	4/ 2	2/ 2/ 2	5/ 1/ 0	5/ 1	0/ 0/ 6	0/ 6	0/ 6	0/ 6	6/ 0	0/ 6	0/ 6
célibataire	15/ 3	10/ 5/ 3	0/18/ 0	4/14	3/ 3/12	5/10/3	13/ 5	1/ 4/13	6/12	5/13	11/ 7	12/ 6	4/14	2/16
divorcé	1/ 3	0/ 0/ 4	0/ 0/ 4	0/ 4	0/ 1/ 3	3/ 1/ 0	3/ 1	0/ 0/ 4	0/ 4	0/ 4	0/ 4	4/ 0	0/ 4	0/ 4
Profession														
avec emploi	7/ 1	4/ 0/ 4	4/ 4/ 0	8/ 0	3/ 2/ 3	5/ 3/ 0	7/ 1	1/ 1/ 6	1/ 7	1/ 7	3/ 5	6/ 2	0/ 8	1/ 7
sans emploi	13/ 7	6/ 5/ 9	2/14/ 4	0/20	2/ 4/14	8/ 9/ 3	14/ 6	0/ 3/17	5/15	4/16	8/12	16/ 4	4/16	1/19
Hospitalisation														
1 ^{ère}	5/ 0	3/ 0/ 2	2/ 3/ 0	3/ 2	5/ 0/ 0	4/ 1/ 0	4/ 1	1/ 0/ 4	1/ 4	1/ 4	3/ 2	2/ 3	0/ 5	1/ 4
2 ^{ème}	4/ 2	2/ 1/ 3	2/ 3/ 1	2/ 4	0/ 6/ 0	3/ 2/ 1	3/ 3	0/ 2/ 4	1/ 5	0/ 6	3/ 3	5/ 1	0/ 6	0/ 6
3 ^{ème} et plus	11/ 6	5/ 4/ 8	2/12/ 3	3/14	0/ 0/17	6/ 9/ 2	14/ 3	0/ 2/15	4/13	4/13	5/12	15/ 2	4/13	1/16
Durée d'hospitalis.														
1à4 semaines	9/ 4	3/ 1/ 9	5/ 5/ 3	5/ 8	4/ 3/ 6	13/ 0/ 0	11/ 2	0/ 1/12	1/12	1/12	2/11	11/ 2	0/13	1/12
1à2 mois	9/ 3	5/ 3/ 4	1/10/ 1	3/ 9	1/ 2/ 9	0/12/ 0	9/ 3	1/ 2/ 9	5/ 7	3/ 9	6/ 6	8/ 4	4/ 8	1/11
3 mois et plus	2/ 1	2/ 1/ 0	0/ 3/ 0	0/ 3	0/1/ 2	0/ 0/ 3	1/ 2	0/ 1/ 2	0/ 3	1/ 2	3/ 0	3/ 0	0/ 3	0/ 3
Admission														
propre gré	15/ 6	6/ 4/11	5/13/ 3	7/14	4/ 3/14	11/ 9/ 1	21/ 0	1/ 2/18	6/15	4/17	6/15	16/ 5	3/18	2/19
sous pression	5/ 2	4/ 1/ 2	1/ 5/ 1	1/ 6	1/ 3/ 3	2/ 3/ 2	0/ 7	0/ 2/ 5	0/ 7	1/ 6	5/ 2	6/ 1	1/ 6	0/ 7
Dépendance depuis														
>1 ans	1/ 0	1/ 0/ 0	0/ 1/ 0	1/ 0	1/ 0/ 0	0/ 1/ 0	1/ 0	1/ 0/ 0	0/ 1	0/ 1	1/ 0	0/ 1	0/ 1	0/ 1
1-3 ans	4/ 0	3/ 0/ 1	0/ 4/ 0	1/ 3	0/ 2/ 2	1/ 2/ 1	2/ 2	0/ 4/ 0	1/ 3	0/ 4	2/ 2	4/ 0	1/ 3	0/ 4
plus de 3 ans	15/ 8	6/ 5/12	6/13/ 4	6/17	4/ 4/15	12/ 9/ 2	18/ 5	0/ 0/23	5/18	5/18	8/15	18/ 5	3/20	2/21
Héroïne														
oui	5/ 1	3/ 2/ 1	0/ 6/ 0	1/ 5	1/ 1/ 4	1/ 5/ 0	6/ 0	0/ 1/ 5	6/ 0	4/ 2	4/ 2	2/ 4	3/ 3	2/ 4
non	15/ 7	7/ 3/12	6/12/ 4	7/15	4/ 5/13	12/ 7/ 3	15/ 7	1/ 3/18	0/22	1/ 21	7/15	20/ 2	1/21	0/22
Cocaïne														
oui	5/ 0	3/ 1/ 1	0/ 5/ 0	1/ 4	1/ 0/ 4	1/ 3/ 1	4/ 1	0/ 0/ 5	4/ 1	5/ 0	4/ 1	2/ 3	2/ 3	2/ 3
non	15/ 8	7/ 4/12	6/13/ 4	7/16	4/ 6/13	12/ 9/ 2	17/ 6	1/ 4/18	2/21	0/ 23	7/16	20/ 3	2/21	0/23
Cannabis														
oui	9/ 2	6/ 4/ 1	0/11/ 0	3/ 8	3/ 3/ 5	2/ 6/ 3	6/ 5	1/ 2/ 8	4/ 7	4/ 7	11/ 0	6/ 5	2/ 9	2/ 9
non	11/ 6	4/ 1/12	6/ 7/ 4	5/12	2/ 3/12	11/ 6/ 0	15/ 2	0/ 2/15	2/15	1/16	0/17	16/ 1	2/15	0/17
Alcool														
oui	15/ 7	6/ 4/12	6/12/ 4	6/16	2/ 5/15	11/ 8/ 3	16/ 6	0/ 4/18	2/20	2/20	6/16	22/ 0	3/19	1/21
non	5/ 1	4/ 1/ 1	0/ 6/ 0	2/ 4	3/ 1/ 2	2/ 4/ 0	5/ 1	1/ 0/ 5	4/ 2	3/ 3	5/ 1	0/ 6	1/ 5	1/ 5
Médicaments														
oui	4/ 0	2/ 2/ 0	0/ 4/ 0	0/ 4	0/ 0/ 4	0/ 4/ 0	3/ 1	0/ 1/ 3	3/ 1	2/ 2	2/ 2	3/ 1	4/ 0	1/ 3
non	16/ 8	8/ 3/13	6/14/ 4	8/16	5/ 6/13	13/ 8/ 3	18/ 6	1/ 3/20	3/21	3/21	9/15	19/ 5	0/24	1/23
Drogues synthétiques														
oui	2/ 0	1/ 1/ 0	0/ 2/ 0	1/ 1	1/ 0/ 1	1/ 1/ 0	2/ 0	0/ 0/ 2	2/ 0	2/ 0	2/ 0	1/ 1	1/ 1	2/ 0
non	18/ 8	9/ 4/13	6/16/ 4	7/19	4/ 6/16	12/11/ 3	19/ 7	1/ 4/21	4/22	3/23	9/17	21/ 5	3/23	0/26

4.2.5.2 Analyse de chi2

Entre les différentes données sociodémographiques était établi un test de Chi2 afin de pouvoir se prononcer sur une association entre deux catégories.

Il y a une légère association ($\text{Chi}^2=0.045$) entre la catégorie de la profession et l'état civil, dans le sens que c'est surtout le groupe d'état civil des célibataires qui est le plus dominant dans la catégorie des personnes sans emploi, mais ceci est dû probablement à la représentation de ce groupe qui est élevée dans l'échantillon.

Concernant le test de Chi2, il y a aussi une association ($\text{Chi}^2=0.001$) entre l'état civil et l'âge. C'est-à-dire que les personnes qui sont célibataires sont le plus souvent dans la catégorie d'âge de 18-28 ans ($n=10$).

La catégorie du type de drogue de cannabis est associée à la catégorie d'âge ($\text{Chi}^2=0.005$). Ce qui signifie dans cet échantillon que les personnes consommant du cannabis sont surtout dans la catégorie d'âge de 18-28 ans (54%, $n=6$) et dans la catégorie de 29-39 ans (36.36%, $n=4$) et presque pas, à l'exception d'une personne, dans le troisième groupe d'âge (>40).

Concernant les différents groupes de substances, on peut trouver dans l'échantillon présent une association confirmée par le test de Chi2 ($\text{Chi}^2<0.001$) entre la consommation d'héroïne et de cocaïne, c'est-à-dire que des 5 personnes consommant la cocaïne, il se trouve aussi 4 personnes (66.67%) qui consomment de l'héroïne. Seulement 2 personnes (33.33%) consommant de l'héroïne ne consomment pas de cocaïne.

Le test de Chi2 est aussi significatif ($\text{Chi}^2=0.002$) pour une association entre la consommation d'héroïne et d'alcool. C'est-à-dire que des 6 personnes consommant de l'héroïne, il y en a 2 (33.33%) qui consomment aussi de l'alcool, et 4 personnes (66.67%) qui ne consomment pas d'alcool. Autrement dit : des 22 personnes consommant de l'alcool, il y a seulement 2 (9.09%) qui consomment de l'héroïne. Donc ici la non-consommation d'héroïne est associée à la consommation d'alcool et l'inverse.

Le test de Chi2 ($\text{Chi}^2=0.005$) est aussi significatif pour une association entre la consommation d'héroïne et des médicaments. C'est-à-dire que les personnes consommant des médicaments, il y a 3 des 4 (75%) qui consomment aussi de l'héroïne.

Pour la consommation d'héroïne, comparée avec la consommation de médicaments, le test de Chi2 est significatif ($\text{Chi}^2=0.005$). Dans le sens que toutes les personnes abusant des médicaments consomment aussi de l'héroïne.

En ce qui concerne la consommation de cocaïne, on trouve dans l'échantillon une association de Chi2 significative ($\text{Chi}^2=0.002$) avec les drogues synthétiques, dans le sens que les patients qui consomment des drogues synthétiques ($n=2$) consomment les deux aussi de la cocaïne.

4.2.6 Régression linéaire

4.2.6.1 Taux total du WAI avec le VAS et l'Admission

La régression linéaire bi-variée entre le WAI comme variable continue dépendante et le VAS comme variable continue indépendante, démontre lors d'un changement d'unité chez le WAI vers le haut, une baisse de -33 chez le VAS. Avec une significativité de $p<0.001$. La valeur de *R-carré* (corrélation des deux variables au carré) est à 0.48, ce qui signifie que la variable VAS peut expliquer le développement de la variable WAI à 48% et qu'il y a encore d'autres éléments influençant le taux du WAI.

D'autres variables indépendantes, ici les éléments sociodémographiques obtenus par le questionnaire, étaient mises en régression linéaire bi-variée avec la variable dépendante WAI. La variable catégorielle de la forme d'admission était dans le modèle bi-varié significative ($p=0.004$) avec une valeur *R-carré* à 27.9%, ce qui signifie qu'elle explique à 27.9% la variable dépendante WAI, c'est-à-dire que si la personne est hospitalisée sous pression de l'extérieur, la valeur du WAI diminue de -15

Mais lorsque l'on rentre cette variable admission dans un modèle multi-varié avec la variable WAI comme variable dépendante et le VAS et l'admission comme variables indépendantes, la variable d'admission perd sa significativité. Ceci parce que la variable VAS et la forme d'admission corrélerent. La variable d'admission ne donne donc aucune nouvelle information sur la variable WAI que le VAS n'ait pas déjà pu donner, parce que la valeur *R-carré* est plus élevée chez la variable VAS (48%) que chez l'admission (27.9%).

On peut donc conclure que la variable VAS et la variable admission expliquent la variable WAI, mais que d'autres éléments ont de même une influence sur la variable WAI. Parce que les autres variables sociodémographiques ne sont pas significatives dans un modèle de régression bi-varié, ils n'aident donc pas à expliquer la variable WAI. Ceci signifie que les éléments sociodémographiques recensés dans le cadre du questionnaire n'étaient peut-être pas les bons, et qu'il y a d'autres éléments qui auraient dû être saisis afin de encore mieux expliquer la variable WAI.

4.2.7 Régression logistique

Dans l'intention de transformer les données du WAI taux total et du taux obtenu par le VAS en variables binaires, une régression logistique était effectuée. Les taux se distinguant d'un écart-type de la moyenne vers le bas chez le WAI étaient considérés comme 1= alliance thérapeutique perturbée, et les autres comme 0= bonne alliance thérapeutique.

La même procédure avec le taux du VAS, les valeurs plus élevées qu'un écart-type de la moyenne vers le haut, étaient considérées comme perception des contrôles comme pesants avec le chiffre =1, les autres étaient considérées comme 0= contrôles pas perçus comme pesants. Les données binaires étaient mises en lien avec les données sociodémographiques à l'aide d'un test de Fisher.

Concernant le taux total du WAI, on trouve 4 observations qui sont en-dessous de la moyenne et un écart-type. Dans les données du VAS, on trouve 6 observations étant plus élevées que la moyenne et un écart-type. Pour le taux total du WAI en variable binaire, aucun test de Fisher n'est significatif en lien avec les données sociodémographiques. Par contre, concernant la question concernant le contrôle sur le VAS, on voit que le test de Fisher soulève que de ces 6 patients classés dans le VAS=1, tous les 6 patients ont été admis sous pression de l'extérieur ($p < 0.001$). Des personnes hospitalisées sous pression de l'extérieur, il n'y a que 1 qui était classé dans le VAS=0. Une autre association a aussi pu être confirmée par le test de Fisher ($p = 0.022$) ; il s'agit de celle entre le taux obtenu par la VAS et la consommation de cannabis. Des 6 patients étant classés dans VAS=1, il y a 5 qui consomment de cannabis, et seulement 1 personne consommant de cannabis était classée dans le VAS=0. On peut conclure que les patients étant classés dans le VAS=1, qui vivent donc les contrôles comme pesants, sont clairement les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur avec une consommation de cannabis.

Comme deuxième pas, un *odds-ratio* (OR) a été calculé entre les deux groupes binaires du VAS et du WAI (voir *tableau 6*). On peut observer que les hommes de cet échantillon ont 2.3 fois plus de risque d'être classés dans le groupe VAS=1, mais avec une valeur-p à 0.48, donc pas significative.

Les personnes sans emploi sont, en ce qui concerne cet échantillon, 2.3 fois plus susceptibles d'être dans le groupe VAS=1 que les personnes avec emploi. Mais ici la valeur-p de 0.48 ne démontre aussi aucune significativité.

Les personnes consommant du cannabis ont, dans cet échantillon, 13 fois plus de risque d'être dans le groupe VAS=1 que les personnes qui ne consomment pas de cannabis. Ici la valeur-p est avec 0.03 significative (voir *tableau 6*).

Tableau 6 : Odds Ratio

	VAS=1 N(%)	VAS=0 N(%)	OR (95%CI)	P- value	WAI=1 N(%)	WAI=0 N(%)	OR (95%CI)	P- value
Sexe								
Femme (R)	1(17)	7(32)	2.33 (0.23-23.91)	0.48	7(29)	1(25)		0.87
Homme	5(83)	15(68)			17(71)	3(75)	1.24 (0.11-14.01)	
Age								
18-28(R)	4(67)	6(27)	0.38 (0.03-4.71)	0.45	0(00)	10(42)		-
29-39	1(17)	4(18)	1.92 (0.18-20.82)	0.09	0(00)	5(21)	-	-
>40	1(17)	12(55)	-		4(100)	9(37)	-	
Etat civil								
Marié(R)	1(17)	5(23)	2.33 (0.23-23.90)	0.59	2(50)	4(17)		0.11
Célibataire	5(83)	13(59)		-	1(25)	17(71)	0.11 (0.01-1.64)	0.78
Divorcé	0(00)	4(18)	-		1(25)	3(12)	0.66 (0.04-11.29)	
Profession								
Avec emploi(R)	1(17)	7(32)		0.48	1(25)	7(29)	1.24 (0.11-14.01)	0.87
Sans emploi	5(83)	15(68)	4.00 (0.27-60.32)		3(75)	17(71)	-	
Admission								
De propre gré	0(00)	21(95)	0.53 (0.04-7.49)	-	0(00)	21(95)		-
Sous pression	6(100)	1(5)	11 (0.65-187.17)		6(100)	1(5)	-	
Hospitalisation								
Première(R)	1(17)	4(18)		0.32	1(25)	4(17)		-
Deuxième	3(50)	3(14)	-	0.64	0(00)	6(25)	1.1 (0.13-9.33)	0.91
Troisième	2(33)	15(68)	0.9 (0.81-9.97)		3(75)	14(58)	-	
Durée d'hosp.								
1 à 4 sem. (R)	2(33)	11(50)	13.3 (1.28-138.8)	0.93	2(50)	11(46)	-	0.93
1 à 2 mois	2(33)	10(45)		0.09	2(50)	10(42)	-	-
3 mois et plus	2(33)	1(5)	1.47 (0.14-15.69)		0(00)	3(12)	-	
Héroïne								
Non (R)	6(100)	16(73)	1.27 (0.12-14.95)	-	4(100)	18(75)	-	-
Oui	0(00)	6(27)			0(00)	6(25)	-	-
Cocaine								
Non (R)	5(83)	18(82)	-	0.93	4(100)	19(79)	-	-
Oui	1(17)	4(18)			0(00)	5(21)	-	-
Cannabis								
Non (R)	1(17)	16(73)		0.03	4(100)	13(54)	-	-
Oui	5(83)	6(27)			0(00)	11(46)	-	-
Alcool								
Non (R)	1(17)	5(23)		0.75	0(00)	6(25)	-	-
Oui	5(83)	17(77)			4(100)	18(75)	-	-
Médicaments								
Non (R)	5(83)	19(86)		0.85	4(100)	20(83)	-	-
Oui	1(17)	3(14)			0(00)	4(17)	-	-
Drogues synth.								
Non (R)	6(100)	20(91)		-	4(100)	22(92)	-	-
Oui	0(00)	2(9)			0(00)	2(8)	-	-

Chapitre 5 : Discussion

Cette étude envisageait d'investiguer l'association entre l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient et les contrôles qui sont effectués par les infirmières, comme ils sont perçus par le patient. Dans ce chapitre, les résultats obtenus par l'enquête vont être discutés, comparés et mis en lien avec la littérature auparavant introduite dans la problématique et la recension des écrits.

5.1 Les données descriptives

5.1.1 L'alliance thérapeutique

La relation infirmière-patient basée sur la confiance est un élément essentiel dans la santé mentale, dont les patients ont besoin pour se remettre en équilibre (Bell & Duffy, 2009 ; Berg & Danielson, 2007 ; Cutcliffe & Mackenna, 2005 ; Gilbert, Rose & Slade, 2008 ; Hem, Heggen & Ruyter et al, 2008). En présence d'alliance thérapeutique, le patient et le thérapeute seraient, selon Bordin (1979), en accord sur : -les buts de la relation, -les tâches à accomplir et les -liens à développer.

Les résultats de la présente étude relèvent que les taux obtenus du WAI, qui mesure l'alliance thérapeutique, sont généralement bons avec une moyenne obtenue dans le taux total du WAI à 61.68 (SD=12.52), dans une variation possible de 12-84. Le taux total du WAI était traduit en variables binaires lors de régression logistique : 1 pour une relation dérangée (un écart-type inférieur à la moyenne) et 0 pour une relation non dérangée. Après ce changement, on observe que le taux des relations dérangées (1) est fortement inférieur (4 observations) aux relations perçues comme non dérangées (24 observations). C'est-à-dire que dans la plupart des cas investigués par l'enquête à l'aide des questionnaires, l'alliance thérapeutique avait du succès. Les infirmières et les patients échangent donc leurs valeurs référentielles en identifiant les éléments en commun et les objectifs semblent être établis mutuellement et en accord avec le patient.

Dans le même sens, les auteurs Hovarth et Greenberg (1989), qui ont développé le concept d'alliance thérapeutique sur la théorie de Bordin de l'alliance (Bordin, 1979), décrivent l'alliance thérapeutique comme élément qui aimerait joindre l'objectif partagé par le patient et le thérapeute, afin de diminuer la souffrance du client (Corbière, Bisson, Lauzon & Ricard, 2006).

Le but de l'alliance est donc de diminuer la souffrance du client, et pourrait, s'il est compris par le patient, provoquer qu'il puisse traduire tout rôle et toute intervention de l'infirmière lors d'établissement de relation de confiance et dans les activités du quotidien, comme visant son bien. Si les patients peuvent s'approcher de l'infirmière en sachant que tout ce qu'elle fait,

elle le fait pour diminuer la souffrance du patient, il est peut-être possible qu'ils puissent comprendre les contrôles de substance comme élément de soutien pour sortir de leur souffrance. Ici se pose la question si l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique dans le sous-groupe du *but* commun peut rendre la perception du rôle de contrôle comme quelque chose effectué pour le bien du patient et effectué dans le cadre d'un accord entre l'infirmière et le patient.

Les *buts* à accomplir sous-entendent que tout traitement est basé sur un accord mutuel, dans le sens où le patient cherche à soulager son stress lié à sa situation. Le but du traitement est aussi d'examiner, modifier ou améliorer les propres ressources du patient en lien avec ces souffrances (Bordin, 1979). Les patients perçoivent, dans la présente étude, une bonne entente avec l'infirmière de référence sur le but commun, avec un taux moyen du sous-groupe *but* WAI à 20.32 (SD=3.90), avec une possibilité de variation entre 4-28.

La *tâche* concerne le comportement et les cognitions qui soutiennent l'accord entre le thérapeute et le client sur les tâches qui doivent être remplies, c'est donc la collaboration entre le patient et le thérapeute qui inclut aussi un contrat de consentement (Bordin, 1979). Les patients se voient, dans l'échantillon présent, partager une tâche commune de manière adéquate, dans le sens que la collaboration entre le patient et le thérapeute semble être bonne avec un taux du sous-groupe tâche à 21.25 (SD=4.74) dans une variation possible entre 4-28. La question des 12 questions, avec la moyenne la plus élevée ($x=5.61$) est issue du sous-groupe *tâche* : « *Je comprends parfaitement mes responsabilités dans le travail avec mon infirmière de référence.* »

L'élément du *lien* concerne la relation humaine entre patient et thérapeute sur la base de confiance. Bordin (1979) mentionne que lorsque l'attention du thérapeute et du patient est dirigée vers les ressentiments plus protégés et sur les expériences plus cachées à l'intérieur, le besoin de confiance et d'attachement augmente encore (Bordin, 1979).

Dans la présente étude, les résultats démontrent aussi en généralement de bons taux du sous-groupe *lien*. L'élément de la confiance ne figure que partiellement dans le WAI dans sa version courte, mais sur le niveau dont il a pu être mesuré, le lien semble être quelque chose avec lequel des patients sont aussi en général contents ($m=20.11$, $SD=5.19$). Mais selon les résultats de l'enquête, c'est le total du sous-groupe *lien* qui a obtenu la moyenne la moins élevée des trois sous-groupes. Raison pour laquelle les deux questions avec les taux les moins élevés ($m=4.89$) sont issues du sous-groupe *lien* : « *Je crois que mon infirmière de référence m'aime bien* » et « *Je sens que mon infirmière de référence se soucie de moi, même si je fais des choses qu'elle n'approuve pas* ». Probablement le fait de se mettre en

traitement de dépendance, qui commence en général avec un sevrage, met le patient dans une situation dans laquelle il rencontre non seulement ses limites physiques, dues aux signes de sevrage et la souffrance y attachées, mais aussi ses limites psychiques, vu le « craving » et la confrontation violente à ses émotions qui peuvent être longtemps cachées, dues à la substance. On pourrait conclure que c'est une situation qui est, comme Bordin (1979) le décrit, une situation où plus de confiance et d'attachement sont encore nécessaires. Le WAI, dans sa version courte qui était traduite, ne mesure qu'avec 4 questions le *lien* (comme pour tous les autres sous-groupes) et il est imaginable que la confiance ne soit que mesurée de manière superficielle. Ces deux questions suggèrent que dans cet échantillon, les patients ne se sentent pas assez acceptés s'ils ne fonctionnent pas selon les attentes des infirmières ou de l'institution.

5.1.2 Le rôle de contrôle

Dans la littérature et les débats autour de l'analyse d'urine, les voix des patients et du personnel sont souvent absentes (Strike & Rufo, 2010). Dans leurs interviews semi-structurés, les mêmes auteurs ont détecté une considérable insatisfaction avec les tests, vu l'impact émotionnel sur les patients et les implications pour la relation thérapeutique, non seulement chez les patients, mais aussi chez le personnel (Strike & Rufo, 2010).

Dans la présente étude, on observe que la question concernant à quel point les patients vivaient les contrôles comme dérangeants pour la relation, mesurée sur un VAS, démontre une moyenne de 25.50, donc plutôt basse si l'on pense que le taux pouvait varier de 0-100. Par contre, il y a un écart type à 26.27, ce qui signifie qu'il y avait de grandes variations dans les taux obtenus.

Certains professionnels voient, selon Strike et Rufo (2010), l'acte de contrôle comme dégradant et comme une invasion dans le privé. D'autres considèrent ces contrôles surtout comme quelque chose de désagréable, mais avec une importance thérapeutique.

Se basant sur les interviews de Strike et Rufo (2010) effectués auprès des patients et du personnel, ceci soulève la question à quel point il aurait été nécessaire dans la présente étude d'avoir aussi le point de vue des infirmières, étant donné qu'il s'agit d'un processus réciproque entre l'infirmière et le patient. Mais parce que le questionnement de l'étude présente se concentrait sur la perception des contrôles par le patient et son alliance établie avec l'infirmière, l'élément supplémentaire du point de vue des infirmières serait allé trop loin pour le cadre posé.

Les membres du personnel qui défendaient dans le cadre de l'étude de Strike et Rufo, (2010) les tests, le faisaient parce qu'ils fournissaient aussi des éléments permettant d'entrer en communication avec le patient. Dans le sens que par exemple des événements ayant déclenché un changement de consommation et figurant comme obstacles à la thérapie, peuvent être abordés avec le patient (Strike & Rufo, 2010).

Ceci est un élément qui n'était pas considéré par la présente étude, vu la perspective des professionnels qui y manque. Mais il serait pensable qu'une relation de confiance avec son infirmière de référence permettrait au patient de pouvoir partager des éléments déclenchant une rechute, par exemple, et donnant la possibilité au patient de se sentir pris en charge par le système thérapeutique. Dans ce sens, certains patients voient, dans l'étude de Strike et Rufo (2010), l'analyse d'urine aussi comme une prévention d'abus des programmes de thérapie et apercevaient les urines « propres » comme un résultat de progrès dans la thérapie dont qu'ils étaient fiers, et qu'ils voulaient aussi partager avec le personnel (Strike & Rufo, 2010). Mais ceci dépendra probablement aussi de la manière dont ces changements dans la consommation, par exemple après une abstinence, sont abordés dans l'institution et les conséquences qui sont tirées.

Car Strike et Rufo (2010) soulèvent que l'élément des conséquences aux urines pas « propres » influençait de manière importante la perception de ces contrôles. Les contrôles étaient perçus dans leur étude comme moins lourds s'il n'y avait pas de punitions graves à craindre (Strike & Rufo, 2010).

Dans la pratique, le fait d'avoir des analyses d'urine négatives figure souvent comme condition afin de pouvoir prendre sa dose de méthadone à la maison (Goldstein & Brown, 2003) ou pour avoir d'autres privilèges, comme par exemple des congés à la maison lors d'hospitalisation. Dans l'autre sens, en cas de consommation, les rencontres avec des médecins peuvent être augmentées, les doses ne peuvent pas être amenées à la maison et donc il n'y a pas de congé à la maison lors d'hospitalisation. Dans certaines institutions, les conséquences peuvent même amener à une interruption de traitement (Goldstein & Brown, 2003 ; Strike & Rufo, 2010).

Sur l'unité dans laquelle étaient distribués les questionnaires, les conséquences d'une consommation de substances dépendent du fait si des substances ont été introduites sur l'unité avec une volonté de « deal » ou pas. Dans le cas de « deal », une exclusion immédiate est appliquée, ou une isolation si la personne est sous privation de liberté. S'il s'agit d'une consommation sans « deal », la personne restera sur l'unité en cadre fermé, et la consommation est suivie (24 heures) d'entretiens avec des thérapeutes pour discuter du

sens de la consommation et de l'objectif de l'hospitalisation ensemble avec le patient. En pratique, l'hospitalisation est souvent poursuivie et permet de réorienter l'hospitalisation.

Dans les interviews de Strike & Rufo (2010), seulement une minorité de patients mentionnaient qu'ils n'avaient aucun problème avec les tests d'urine. Et il y avait des patients qui vivaient ces contrôles vraiment comme une expérience très lourde. Le vécu du patient dépendait, dans l'étude des mêmes auteurs, aussi de la manière dont était faite la prise d'urine. Si elle se faisait sous observation du personnel ou sous observation par une caméra. Les deux formes de supervisions mobilisent des réponses émotionnelles négatives, et beaucoup de patients vivaient la procédure comme embarrassante, dégradante et invasive (Strike & Rufo, 2010). Mais la supervision par caméra semble en général être moins menaçante. Les Guidelines pour la « Methadone Maintenance Therapy » du Canada, se positionnent qu'une observation directe pendant la prise d'échantillon d'urine est humiliante pour les deux, les patients et le personnel, et peut donner l'impression aux patients qu'on ne lui fasse pas confiance (Health Canada, Office of Canada's Drug Strategy, 2002, cité par Strike & Rufo, 2010). Pour cette raison et aussi pour des questions de ressources, on a introduit la supervision par des caméras (Strike & Rufo, 2010).

Dans la pratique, la supervision des contrôles de substances se font en Suisse de manière dominante par des infirmières et non par des caméras. La forme de supervision n'était pas recensée dans la présente étude, mais il est le quotidien sur l'unité que ce sont les infirmières qui sont présentes lors de la prise d'urine. Ces contrôles tombent quasiment exclusivement sous la responsabilité des infirmières, pendant que d'autres professionnels de la santé y sont peu impliqués.

Selon la littérature, il y a donc toujours les deux perceptions ; le contrôle accepté comme faisant partie de la thérapie et en faisant partie du rôle de l'infirmière, mais qui reste un élément embarrassant pour le patient et le personnel. L'étude présente a pu souligner les résultats de l'étude de Strike & Rufo (2010), malgré un nombre très faible ($m > 50$: $n = 8$) de patients qui ont mentionné les contrôles pesants.

5.2 Analyses d'association

5.2.1 Association entre le rôle de contrôle de l'infirmière et l'alliance thérapeutique

Pour introduire le questionnement et les objectifs de la recherche dans un cadre théorique, la théorie d'Immogène King (1981) était choisie et le concept de l'alliance thérapeutique a permis de traduire la transaction décrite par King (1981) dans un concept applicable et mesurable dans la pratique. King (1981) décrit le soin comme un processus

interactif qui amène avec ses interactions à une transaction et à l'atteinte des objectifs en passant par des phases: -action, -réaction, -interaction, -perception et -transaction (King, 1991). L'échange des valeurs référentielles et identification des éléments en commun de deux personnes entrant en relation permet la définition mutuelle des objectifs et l'atteinte de l'étape de la transaction, dans laquelle les objectifs sont atteints (King, 1981). Mais ces phases ne se passent pas toujours sans obstacles, et King (1981) décrit un dérangement lors de l'action ou de l'interaction comme entravant l'atteinte des buts et rendant la transaction impossible (King, 1981).

Dans ce sens, les données de la présente étude tombent dans ce cadre théorique et la mise en association des deux variables mesurées, l'alliance thérapeutique et la perception des contrôles, soulève dans la présente étude une claire association linéaire négative entre le WAI et la question sur la perception des contrôles par le patient. Dans le sens que les contrôles effectués par les infirmières figuraient comme dérangement lors du passage par les phases décrites par King (1981) dans l'établissement d'une relation avec le patient dans le but d'une bonne alliance thérapeutique. Selon la littérature, surtout si l'on pense à l'étude de Strike & Rufo (2010), on a pu s'attendre à ce présent résultat, que le taux total du WAI démontre un chiffre plus faible, si le chiffre entre 0-100 sur le VAS est élevé. Les résultats de la présente étude ont donc pu répondre à cette question et souligner cette association, élément qui va être discuté et démontré plus en détails dans ce paragraphe.

On observe dans la présente étude une corrélation linéaire négative (Pearson -0.67, $p > 0.001$) entre le contrôle, à quel point il est perçu comme pesant par le patient sur une échelle VAS, et l'établissement d'une alliance thérapeutique mesuré par le WAI. Dans le sens qu'un patient qui perçoit les contrôles de l'infirmière comme élément dérangeant, démontre de moins bons résultats sur l'évaluation de son alliance thérapeutique avec l'infirmière.

Les variables mesurées sur le WAI concernant le taux total de cet instrument et la question supplémentaire sur le VAS sur la perception de contrôle étaient, vu la forte corrélation, aussi mises en régression linéaire. Lors d'analyses de régression bivariée entre la variable du WAI taux total comme dépendante et la variable VAS comme indépendante, on observe qu'une augmentation du WAI d'une unité implique une diminution du taux du VAS à -33 ($p < 0.001$). La valeur R carré est à 0.48, ce qui signifie que la variable VAS permet d'expliquer ou de prédire la variable du WAI à 48%. Un modèle de régression multivariée n'était pas possible, parce que d'autres variables étaient significatives dans un modèle bivarié. Ceci implique quand même une limite dans l'explication du WAI, et impose malgré le taux déjà élevé de

48% qu'il y ait d'autres facteurs inconnus ou non recensés par les questionnaires qui influencent le taux du WAI.

En ce qui concerne les sous-groupes du WAI, on trouve de même une corrélation négative pour chaque sous-groupe : Le sous-groupe *but* démontre la plus forte corrélation linéaire négative avec le rôle de contrôle sur le VAS avec une corrélation de Pearson à -0.75 ($p < 0.001$). Ici, le degré d'association de Spearman à -0.80 confirme cette association, parce que la donnée du taux du sous-groupe VAS *but* n'est pas distribuée normalement, le coefficient de corrélation est légèrement moins élevé que l'association par rang de Spearman, vu qu'il y a probablement des outliers, dont la corrélation de Pearson est susceptible.

C'est plutôt étonnant que le sous-groupe mesurant le *lien* soit le moins corrélé avec les contrôles comme dérangeants, vu la susceptibilité de la relation de confiance à tout dérangement. Mais, en tous les cas, ces résultats signifient que plus l'alliance thérapeutique est bonne, moins est perçu le rôle de contrôle comme pesant. Donc l'un influence l'autre, et si une bonne alliance est établie, il y a peut-être moins de risque que les contrôles soient pris comme éléments menaçants pour la relation, et la perception des contrôles comme entravant l'alliance thérapeutique. Ou dans l'autre sens, la perception des contrôles comme élément pesant entrave l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique, probablement due à une méfiance vis-à-vis de l'infirmière de référence.

Ceci signifie qu'il est alors pensable que les contrôles de l'infirmière peuvent être perçus comme élément dérangeant lors de l'action ou de l'interaction, comme il est décrit par King (1981) et entraver la transaction, ou l'accomplissement d'une bonne alliance thérapeutique.

Le *but* et la *tâche* comme mesurable dans le WAI sont corrélés plus fortement avec le VAS. Et les questions du WAI, qui corréleront le plus avec le VAS, sont la question 12 issue du sous-groupe *but* : « *Nos rencontres m'ont permis d'être plus clair sur comment je pourrais être capable de changer* » avec un Pearson à -0.69 ($p < 0.001$) et une corrélation de Spearman-Brown à -0.74 ; et deuxièmement, la question 6 issue du sous-groupe *tâche* : « *Je comprends parfaitement mes responsabilités dans le travail avec mon infirmière de référence* » avec un coefficient de Pearson à -0.64 ($p < 0.001$) et de Spearman-Brown à -0.66. Il semble que les deux questions les plus corrélées sont attachées à l'échange d'information entre l'infirmière et le patient et pourraient peut-être soulever l'hypothèse qu'une bonne transparence et information, aussi en lien avec le rôle de contrôle qui appartient à l'infirmière à côté de son rôle de personne de confiance, pourrait diminuer la perception négative des contrôles.

Ces résultats reflètent aussi que plus la capacité du patient de comprendre l'importance des contrôles comme élément thérapeutique pour atteindre le but (faire le sevrage et peut-être rester abstinent) est importante, moins élevé est le vécu de dérangement des contrôles. Et autrement dit, si les contrôles sont vécus comme difficiles, ceci a une forte influence sur la perception de poursuivre un but commun pour le bien du patient.

Mais parce que dans ce processus, ce sont aussi les attentes et la performance du rôle de l'infirmière, ainsi que ceux patient, qui influencent ces transactions (King, 1981), on pourrait se demander à quel point la perception du rôle a une influence sur l'interprétation des résultats de la présente étude. Dans ce sens, King (1981) a mentionné des hypothèses (6) Si l'attente vis-à-vis du rôle et de sa concrétisation, perçus par l'infirmière et le patient, sont congruents, des transactions sont possibles ; (7) Si un conflit de rôle est vécu par l'infirmière ou le patient, ou les deux, des tensions dans l'interaction infirmière-patient vont apparaître (traduction libre, King, 1981, 1991). Ces hypothèses sont observables dans les résultats de la présente étude. Mais il y a peu de patients (n=8) qui ont classé la question sur le VAS en-dessus de 50, même si elle pouvait varier entre 0 et 100, la plupart des patients (n=20) l'ont classée en-dessous de 50. Donc, le rôle de contrôle qui pourrait être compris selon le cadre théorique de King (1981) comme un rôle opposé au rôle de personne de confiance, n'était en général pas perçu comme élément dérangeant la relation avec l'infirmière. Ceci pourrait signifier que le rôle de contrôle est probablement intégré dans l'attente du patient vis-à-vis du rôle de l'infirmière et accepté comme élément faisant partie de la thérapie, dans le sens comme l'ont décrit Meier et al (2005), qui disent qu'un patient motivé pourrait voir les missions du thérapeute d'une manière plus positive et s'investir plus dans la thérapie, avec un meilleur accord avec les objectifs visés (Meier, 2005). Il est imaginable que le patient ne comprenne le rôle de contrôle de l'infirmière comme non menaçant pour leur relation de confiance, vu son accord avec la thérapie, et les interventions de l'infirmière sont comprises afin de soutenir le traitement de la dépendance.

5.2.2 Association avec les données sociodémographiques

Un autre élément important, qui se rajoute dans la présente étude et entrant dans le cadre de King (1981) qui évoque que les transactions seraient influencées par les attentes à la performance du rôle de l'infirmière, est l'élément concernant le stade dans lequel le patient se trouve. Ici, les données sociodémographiques recensées par le questionnaire jouent un rôle, comme par exemple le nombre d'hospitalisations que le patient a déjà vécues, élément qui pourrait aider le patient à pouvoir s'imaginer le rôle de l'infirmière lors d'hospitalisation dans une institution de traitement de dépendance plus concrètement.

L'élément de l'effet favorable des hospitalisations précédentes est aussi soulevé par l'étude de Meier et al (2005) qui soulignent que ceci est bénéfique afin d'établir une bonne alliance thérapeutique, parce que les patients ayant de l'expérience dans l'interaction positive avec d'autres peuvent plus facilement construire une bonne relation avec les thérapeutes (Meier et al, 2005). L'établissement de l'alliance thérapeutique et des expériences dans d'autres thérapies modifie peut-être aussi l'attente vis-à-vis du rôle de l'infirmière dans tels établissements et ne déçoit donc pas les patients, parce qu'ils savent le rôle de contrôle dans lequel l'infirmière est automatiquement impliquée si elle travaille dans une institution de traitement de dépendances. Ceci est un élément qui peut être observé dans la présente étude, dans le sens que les patients dans leur troisième (ou plus) hospitalisation ont démontré le taux du VAS le moins élevé ($m=19.06$, $SD=20.86$), mais c'était en même temps aussi le groupe avec le plus de patients ($n=17$). Ce qui pourrait peut-être expliquer les taux du VAS plutôt bas dans cette étude. Les 5 patients dans leur première hospitalisation avaient des taux du VAS légèrement plus élevés que ceux avec une troisième hospitalisation ou plus ($m=23$, $SD=33.86$). Par contre, le groupe avec un VAS clairement le plus élevé ($m=45.83$, $SD=27.79$) était les 6 patients qui déclarent être dans leur deuxième hospitalisation. Ici, il faut par contre remarquer que le pourcentage des personnes admises sous pression de l'extérieur est dans ce deuxième groupe le plus élevé avec 50%, ce qui explique aussi la moyenne plus élevée sur le VAS, élément qui sera discuté dans le cadre de l'influence de la forme d'admission. Mais, concernant la différence de ces moyennes obtenues par le VAS selon le nombre d'hospitalisations, aucune significativité statistique n'a pu être démontrée avec des tests paramétriques ou non-paramétriques d'analyse de variance.

Concernant l'établissement d'une alliance thérapeutique mesurée sur le WAI, on voit dans la présente étude que les 17 patients avec trois hospitalisations ou plus ont de meilleurs taux obtenus par le WAI, dans le taux total ($m=65.82$, $SD=9.95$), et le taux le moins élevé ($m=53.84$, $SD=13.21$) était dans le deuxième groupe ($n=6$) avec deux hospitalisations, où il y avait justement 50% du groupe qui était hospitalisé sous pression de l'extérieur. Cette différence entre les groupes reste sans significativité statistique.

Par contre, dans le sous groupe du WAI *lien*, où l'on observe la même tendance avec les taux les plus élevés dans le groupe avec trois hospitalisations ou plus ($m=22.24$, $SD=4.22$) et les moins élevés dans le groupe avec deux hospitalisations ($m=15.84$, $SD=4.64$), la différence est statistiquement significative dans l'analyse de variance ANOVA ($p=0.015$). Donc, les patients avec une troisième hospitalisation ou plus ont les moyennes les plus élevées dans le sous-groupe *lien* du WAI, comparé aux patients avec une ou deux hospitalisations. Dans les deux autres sous-groupes *tâche* et *but*, la même tendance est

observée, avec des taux plus élevés chez les patients avec trois ou plus hospitalisations, mais sans significativité statistique.

Un autre élément sociodémographique important, avec lequel une forte association a été trouvée dans la présente étude, est la forme d'admission. Entre le taux obtenu par le WAI et la forme d'admission, on trouve une différence de moyenne entre les personnes ayant été hospitalisées de leur propre gré, et ceux hospitalisés sous pression de l'extérieur (test de Student $p=0.018$), dans le sens que les 7 patients ayant été hospitalisés sous pression de l'extérieur démontrent des moyennes moins élevées ($m=50.43$, $SD=12.45$) que les 21 patients hospitalisés de leur propre gré ($m=65.43$, $SD=10.29$).

Les sous-groupes du WAI soulignent cette différence de moyenne, selon la forme d'admission. Pour le sous-groupe *lien*, les 21 patients admis de leur propre gré démontrent une moyenne obtenue de 21.48 ($SD=4.34$) et les 7 patients hospitalisés sous pression soulèvent une moyenne à 16 ($SD=5.66$). Le test paramétrique de Student est significatif ($p=0.046$), démontre donc une différence entre les deux moyennes statistiquement significative. Pour le sous-groupe *but*, les 21 patients hospitalisés de leur propre gré ont une moyenne de 21.34 ($SD=3.34$), et les 7 personnes admises sous pression ont une moyenne de 17.29 ($SD=4.11$). La variable du WAI *but* n'est pas distribuée normalement, donc c'est le test non-paramétrique de Wilcoxon qui soulève cette différence de moyenne significative ($p=0.029$). Le sous-groupe *tâche* démontre chez les 21 patients hospitalisés de leur propre gré une moyenne à 22.62 ($SD=4.39$) et pour les 7 patients admis sous pression une moyenne à 17.14 ($SD=3.24$). Cette différence de moyenne se présente avec une significativité statistique confirmée par le test de Student ($p=0.0034$).

Lors de régression linéaire dans un modèle bivarié, en considérant le taux total du WAI comme variable continue dépendante, et l'admission comme variable catégorielle indépendante, on observe que le fait d'être classé dans la catégorie de l'hospitalisation sous pression fait diminuer le taux du WAI de -15 ($p=0.004$). Le *R-carré* est de 27.9%, c'est-à-dire que la valeur admission permet d'expliquer de 27.9% la valeur WAI. Par contre, dans un modèle multivarié avec la variable VAS comme deuxième variable continue indépendante, la variable de l'admission perd son significativité, parce que la variable VAS et la variable admission corréleront fortement.

Dans ce sens, une hospitalisation sous pression de l'extérieur peut entraver la transaction entre l'infirmière et le patient. Comme défini dans le cadre théorique de King (1981), où un dérangement lors de l'action ou de l'interaction est perçu comme entravant l'atteinte des buts et rendant la transaction impossible, la forme d'admission pourrait figurer comme un élément

dérangeant tout au début de l'établissement d'une alliance thérapeutique est rendre impossible la transaction. King (1981) souligne l'importance de cette première rencontre, car durant la phase de l'action, l'infirmière et le patient se rencontrent pour la première fois et la congruence dans la perception favorise un développement positif dans le futur. Basée sur la réaction entre l'infirmière et le patient, l'interaction apparaît si les problèmes sont identifiés mutuellement et des objectifs appropriés sont posés (King, 1981, 1991). Le résultat de présente étude confirme aussi le positionnement de Hem et al (2008) mentionnant qu'en psychiatrie aigue, la construction de confiance du côté du patient peut être difficile suite aux divers facteurs, comme par exemple le traitement involontaire et des structures de pouvoir déséquilibrées entre patient et soignant.

Si la relation est difficile à établir pour des raisons comme l'est par exemple une admission sous pression de l'extérieur, les contrôles sont vécus comme plus menaçants. Ceci est clairement visible dans les résultats obtenus ; le taux du VAS est nettement plus élevé si la personne est hospitalisée sous pression de l'extérieur (n=7), qui démontrent une moyenne à 56.28 (SD=26.68), comparé aux personnes hospitalisées de leur propre gré (n=21) qui ont une moyenne du taux du VAS à 15.24 (SD=16.52). Cette différence de moyenne est aussi statistiquement significative, avec un test non-paramétrique de Wilcoxon ($p=0.004$), parce que la variable VAS n'est pas distribuée normalement.

Dans l'étude présente, nous observons aussi que les patients avec un taux du VAS en-dessus de la moyenne et 1 écart-type, qui ont été, lors de régression logistique, considérés comme 1, ce qui signifie que le contrôle est perçu comme pesant. Ici l'on observe que les patients avec un VAS 1 (n=6) sont tous des patients hospitalisés sous pression de l'extérieur. Et dans les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur (n=7), il y a juste une personne qui était hospitalisée de son propre gré. Pour cette raison, le test de Fisher entre la variable VAS binaire et l'admission est fortement significatif ($p<0.001$).

D'autres auteurs comme Gaston (1990, cité par Corbière et al, 2006) mentionnent que l'alliance thérapeutique est un processus interactif qui a trois fonctions dans la thérapie : - l'alliance est thérapeutique elle-même, - l'alliance est un pré-requis essentiel pour que des interventions thérapeutiques soient efficaces, - l'alliance interagit avec différents types d'interventions thérapeutiques (traduction libre, Gaston, 1990, cité par Corbière et al, 2006).

En ce qui concerne le premier élément, que la relation serait thérapeutique elle-même, Connors et al (2000) ont trouvé une relation entre l'alliance et la consommation chez les patients souffrant d'alcoolisme (Connors et al, 2000, Simpson et al, 1995) et ont vu que l'alliance précoce était même un prédicateur signifiant des pourcentages de jours

d'abstinence (Dundon et al, 2008). Et d'autres auteurs mentionnent que de meilleures alliances thérapeutiques tôt dans le traitement prédisent une adhésion plus longue au traitement (Luborsky et al, 1995, Petry & Bickel, 1999, Barber et al, 2001, Fenton et al, 2001, cité par Meier et al, 2005, Simpson et al, 1995).

La différenciation entre le moment de l'alliance, si elle était tôt dans le traitement ou pas, n'était pas vérifiée avec le questionnaire, ni son lien avec des jours d'abstinence. Le seul lien visible avec les résultats pourrait être le fait que les patients avec une durée d'hospitalisation courte dans la première catégorie de 1 à 4 semaines ($n=13$, $m=59.68$, $SD=14.54$), ou dans la deuxième catégorie de 1 à 2 mois ($n=12$, $m=65.75$, $SD=9.36$) avaient les meilleures alliances que les patients hospitalisés plus longtemps (troisième catégorie plus de 3 mois) avec une moyenne de 54 ($SD=12.29$), mais c'était en même temps le plus petit groupe ($n=3$), parce que la plupart des patients (89.29%) étaient hospitalisés entre 1 semaine et 2 mois ($n=25$). La différence entre ces moyennes obtenues par le WAI total n'est pas significative. Par contre, concernant le taux du sous-groupe *lien* du WAI, la différence entre les catégories de durée d'hospitalisation est significative lors d'un test d'analyse de variance ANOVA ($p=0.019$). C'est-à-dire que les patients avec une durée d'hospitalisation de 3 mois ou plus, ont la moyenne du taux total *lien* moins élevée ($m=14.67$, $SD=3.81$) que les patients avec une hospitalisation de 1 à 2 mois ($m=22.83$, $SD=3.81$) et les patients avec une durée de l'hospitalisation de 1 à 4 semaines ($m=18.85$, $SD=5.41$). Donc, des observations qui pourraient souligner l'importance de différencier entre une alliance précoce comme étant prédicatrice des journées d'abstinence, et qu'une longue durée d'hospitalisation est associée à une moins bonne alliance, surtout concernant le lien, la relation humaine entre l'infirmière et le patient.

En ce qui concerne le rôle de l'alliance comme pré-requis essentiel pour que des interventions thérapeutiques soient efficaces (Gaston, 1990, cité par Corbière et al, 2006), on pourrait tirer un lien avec les résultats obtenus lors de l'enquête, ce qui pourrait amener à l'assomption que la plupart des patients qui ont rempli le questionnaire profitaient déjà de bonnes alliances thérapeutiques, ce qui rendait peut-être les patients aussi plus ouverts et collaborants en général, et ce qui les a amenés à participer à l'étude et à remplir les questionnaires. Dans le sens que si les alliances ne seraient pas bonnes, une volonté de s'impliquer dans la thérapie et l'efficacité des interventions seraient mises en péril, ce qui pourrait dire que les patients rempliraient peut-être moins volontiers un questionnaire. Ceci est un élément qui pourrait figurer comme biais, c'est-à-dire que les patients déjà plus accessibles grâce à une bonne alliance, ou démontrant une bonne alliance grâce à leur personnalité plus accessible, remplissent plus facilement un questionnaire que les patients

qui ne sont pas contents de leurs alliances et qui n'ont peut-être pas le courage d'en parler dans le cadre d'un questionnaire. Surtout parce que ce questionnaire est un outil plutôt « stérile », comparé par exemple à une interview, qui tiendrait plus compte de la situation actuelle et de la personnalité du patient. L'alliance thérapeutique influence donc probablement la collaboration et participation du patient à la thérapie en général.

D'autres auteurs comme Meier & Donmall (2006) vont encore plus loin, en soulignant que l'alliance thérapeutique est l'un des prédicateurs les plus consistants d'adhésion et d'atteinte d'objectifs dans le traitement de dépendances et capable de décroître des « drop-outs » (interruption de thérapie) (Meier & Donmall, 2006). Ce qui pourrait signifier, dans le cadre de la présente étude, un accord de remplir un questionnaire comme tâche supplémentaire dans le quotidien et comme exercice réflexif. Donc, à nouveau un élément qui laisse une assomption ouverte que les personnes avec des alliances moins bonnes, avec une adhésion moins importante aux objectifs et au traitement, auront probablement moins souvent remplis le questionnaire. Ceci pourrait indirectement aussi impliquer pourquoi les patients admis sous pression de l'extérieur, avec un taux du VAS élevé, donc vivant les contrôles comme pesants, porteraient un plus grand risque de « drop-out ».

On pourrait dire que l'un influence l'autre. Les patients avec de bonnes capacités de créer des liens et avec de bonnes alliances sont probablement plus d'accord de remplir un questionnaire sur la relation que des patients retirés, souffrant d'une alliance pas bien établie pour diverses raisons. Donc, l'état et la situation du patient influence son alliance avec l'infirmière, mais l'alliance influence aussi le déroulement de la thérapie et l'adhérence.

Le troisième élément soulevé par Gaston (1990, cité par Corbière et al, 2006), que l'alliance interagit avec différents types d'interventions thérapeutiques, est que l'on peut observer dans les résultats de la présente étude une confirmation, dans le sens que la forme d'admission, comme premier élément d'intervention thérapeutique, et les contrôles effectués par les infirmières, élément également dominant dans le traitement des dépendances, sont fortement associés avec de moins bons résultats sur le WAI, et donc de moins bonnes alliances. Dans ce même sens, les professionnels de la santé interviewés par Strike et Rufo (2010) évoquaient d'être contre l'utilisation des tests et argumentaient que ceci n'était pas congruent avec l'établissement d'une alliance thérapeutique et pouvait même bloquer son développement ou sa maintenance (Strike & Rufo, 2010). Ceci est un élément qui a donc pu être souligné par la présente étude, où les patients qui vivaient mal les contrôles ont démontré des alliances thérapeutiques moins bonnes, ce qui pourrait confirmer la perception des infirmières dans l'étude de Strike & Rufo (2010) que les contrôles pouvaient bloquer

l'établissement d'une alliance thérapeutique. Mais aussi une alliance mauvaise influencera donc le vécu des contrôles comme plus pesant.

Il serait intéressant de savoir à quel point la situation du patient joue un rôle dans ces perceptions, mais non seulement en lien avec les éléments sociodémographiques, mais aussi par exemple dans les étapes de changement établis par Prochaska et DiClemente (1992). Parce que le modèle du changement (Prochaska & DiClemente, 1992) implique cinq étapes du changement : -pré-contemplation, -contemplation, -préparation, -action et – maintenance (Prochaska & DiClemente, 1992). Selon Allen (1998), les infirmières en soins généraux rencontrent souvent des patients qui sont encore dans la phase pré-contemplation ou contemplation, ce qui peut signifier que les patients nient et minimisent leurs problèmes et n'entreprennent rien pour un changement (Allen, 1998). Ceci est certainement différent pour les patients déjà en traitement contre la dépendance. Puisque la plupart des patients (n=21) sont admis de leur propre gré. Il pourrait être intéressant d'évaluer les différents étapes du changement chez le patient en traitement de dépendance, afin d'essayer de percevoir dans quel stade il se trouve. Dans l'étude de Strike et Rufo (2010), peu d'information sur les patients est disponible et il est impossible de savoir à quel point ces stades ont pu jouer un rôle dans la perception des contrôles. Dans les résultats de cette étude ici, il est aussi impossible de faire des assomptions sur l'étape dans laquelle un patient a pu se trouver, même si tous les questionnaires étaient remplis lors d'hospitalisation, ce qui peut signifier qu'il avait une certaine ouverture à la thérapie et que le patient était déjà dans des discussions thérapeutiques sur sa dépendance.

Ici, l'admission et la forme d'admission jouent à nouveau un rôle ; il serait pensable qu'un patient qui est venu en thérapie, parce qu'il sait qu'il a besoin d'aide pour sa dépendance qu'il accepte, a une autre perception vers la thérapie en général qu'un patient qui est venu sur pression de l'extérieur, mais sans s'identifier avec une problématique de dépendance et en plutôt la niant. Vu qu'il n'y a que 7 de patients qui déclaraient avoir été hospitalisés sous pression de l'extérieur, on peut partir de l'assomption que la plupart des patients était probablement déjà dans une étape de changement plus avancée comme –la préparation ou –l'action, ce qui pourrait être un élément explicatif sur la perception plutôt peu dérangeante des contrôles de l'infirmière. Et bien sûr expliquer les moins bonnes alliances des 7 personnes hospitalisées sous pression, ainsi leur perception des contrôles comme pesante.

Plusieurs auteurs mentionnent donc aussi que les clients qui ont une meilleure motivation d'entrer en thérapie avec de meilleures stratégies de coping, un meilleur support social et une capacité d'attachement, étaient mieux prédisposés pour développer de bonnes alliances

(Bordin, 1979 ; Meier et al, 2005 ; Gaston, 1990, cité par Corbière et al (2006) ; Simpson, 1995). Pour encore mieux circonscrire ce qui est considéré comme « motivé », Meier et al (2005) mentionnent : -une pression de l'entourage, -besoin d'aide, -être prêt pour un traitement, comme éléments qui influencent l'alliance positivement (traduction libre, Meier et al, 2005). L'élément soulevé de Meier et al (2005) qu'une pression de l'entourage serait favorable à l'établissement d'une alliance thérapeutique, n'est pas confirmée dans la présente étude, parce que les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur ont les moins bonnes alliances. Mais il serait imaginable que les autres patients qui déclaraient une hospitalisation de leur propre gré, ont de même vécu une certaine pression de l'entourage de commettre un changement, mais avaient la possibilité de prendre la décision de se faire hospitaliser eux-mêmes, alors que les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur étaient peut-être forcés ou justement admis en privation de liberté. Ce qui pourrait expliquer la différence entre les observations de Meier et al (2005) et la présente étude, et soulève en même temps une précision insuffisante dans la formulation « sous pression de l'extérieur » dans le questionnaire de la présente étude.

Par contre, chez les 21 patients qui sont venus de leur propre volonté, cette démarche peut être comprise comme une déclaration d'avoir besoin de l'aide et être prêt pour une thérapie, comme il est mentionné par Meier et al (2005). Cet élément peut donc être soutenu par la présente étude que ce sont ces patients qui ont eu les meilleures alliances.

Selon Meier et al (2005), ce sont aussi les éléments sociodémographiques comme -sexe, -âge, -ethnicité, -statut d'emploi, -problèmes psychologiques et -éléments diagnostiques, qui s'avèrent comme éléments influençant le développement de bonnes alliances thérapeutiques (Meier et al, 2005). D'autres auteurs, comme Neto et al (2007) soulèvent aussi les éléments -psychologiques, -socio-familiaux, -caractéristiques démographiques et -motivation pour un traitement comme des éléments qui joueraient de même un rôle dans la poursuite d'une abstinence après la thérapie (Neto et al, 2007).

Dans ce sens, les résultats de la présente étude démontrent que les hommes (n=20) ont en général de moins bonnes alliances, en ce qui est perçu par le WAI le taux total, avec une moyenne à 60.85 (SD=12.77), comparée aux femmes (n=8) à 63.75 (SD=12.43). Cette tendance se répète dans tous les trois sous-groupes, mais ces différences de moyenne ne sont pas statistiquement significatives. Pour le taux sur le VAS, ce sont les hommes qui ont les taux plus élevés (m=27.35, SD=26.83), comparés aux femmes (m=20.88, SD=25.96). Après transformation en valeurs binaires, lors de régression logistique, on peut observer que les hommes ont un risque de 2.33 (*odds-ratio*) fois plus grand d'être dans le groupe VAS=1,

donc avec perception des contrôles comme pesants, comparé aux femmes. Mais sans significativité statistique.

L'ethnicité n'est dans cet échantillon pas associée aux taux de WAI et ni au VAS. L'ethnicité ne semble pas trop varier, car tous les patients venaient de pays européens, sauf une seule personne avec provenance autre. Ce fait est probablement dû entre autre à l'exigence de maîtriser la lecture de la langue française, ce qui a peut-être exclu les patients d'autres ethnicités. Pour cette raison, une approche qualitative sous forme d'interviews aurait pu être plus indiquée. Les catégories démographiques, comme le lieu de vie en campagne ou en ville, n'avaient visiblement pas d'influence dans cet échantillon, ni sur l'alliance thérapeutique ou la perception des contrôles.

En ce qui concerne le statut d'emploi, Meier et al (2005) et Neto et al (2007) précisent que les personnes impliquées dans un travail régulier sont aussi considérées comme ayant de meilleures dispositions à développer de bonnes alliances thérapeutiques. Ceci est un élément qui n'a pas pu être constaté dans la présente étude. Les patients sans emploi étaient plus nombreux ($n=20$), comparés à ceux avec emploi ($n=8$). Les patients sans emploi avaient en moyenne de meilleurs alliances ($m=63.1$, $SD=12.35$) que les patients avec emploi ($m=58.12$, $SD=5.11$), observable aussi dans les sous-groupes. Par contre, le taux obtenu sur le VAS était, chez les personnes sans emploi, plus élevé ($m=28.95$, $SD=27.29$) que chez les personnes avec emploi ($m=16.87$, $SD=22.81$). Lors de calcul d'un *odds-ratio* entre les deux groupes de VAS=0 et VAS=1, après régression logistique, on observe un risque de 2.33 plus grand pour le groupe des personnes sans emploi d'être dans le groupe VAS=1, donc perception des contrôles comme pesants, comparé au groupe des personnes avec emploi. Mais sans être significative au niveau statistique.

Un élément qui n'était pas récolté par les questionnaires est les diagnostics du patient, et ceci n'empêche l'implication du diagnostic dans les résultats, parce que le fait de demander au patient toute information sur les diagnostics supplémentaires sous forme de questionnaire semblait trop délicat, vu les diagnostics difficiles à porter ou peut-être pas acceptés par le patient, comme par exemple les troubles de la personnalité. Par contre, les diagnostics auraient pu être collectés dans le document du patient, s'il avait été possible de faire la collecte des données directement dans le service. Dans ce cadre, ceci était une approche rendant trop compliqué le quotidien sur l'unité, qui est très chargée et aiguë.

D'autres éléments contre-productifs pour une abstinence sont, selon Neto et al (2007) : - l'âge en-dessus de la moyenne, -vivre avec des parents, -ne pas être marié ou en cohabitation (Neto et al, 2007).

En ce qui concerne l'âge, on constate dans cet échantillon que le groupe d'âge le plus grand (n=13) est celui de patients avec 40 ans et plus, suivi par le groupe des plus jeunes entre 18-28 ans (n=10), avec le groupe des patients entre 29-39 ans au milieu (n=5). On peut observer que le groupe avec les meilleures alliances sont, dans la présente étude, les patients avec 40 ans et plus (m=66.23, SD=8.06), et le groupe avec les moins bonnes alliances sont les plus jeunes à 18-28 ans (m=55.1, SD=9.75). On observe la même tendance dans les sous-groupes *tâche* et *lien*, mais sans significativité statistique. Par contre, dans le sous-groupe *but* du WAI, on peut observer la même tendance avec une moyenne des patients de plus de 40 ans à 21.69 (SD=2.97) et chez les patients de 18-28 ans à 17.9 (SD=3.45). Dans ce sous-groupe de *but*, le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis souligne la significativité statistique (p=0.034). Pour la question sur le VAS, on peut observer une valeur moins élevée pour le groupe des personnes de 40 ans et plus (m=12, SD=19.37), comparé aux patients de 18-28 ans (m=40.9, SD=28.59). Le test non-paramétrique de Kruskal-Wallis d'analyse de variance entre la variable VAS et les groupes d'âge, soulève la significativité (p=0.026) de cette différence entre les trois groupes.

Ici, l'assomption de Neto et al (2007) que l'âge en-dessus de la moyenne serait un élément contre-productif à l'abstinence, n'est, en ce qui concerne les deux variables mesurées comme l'alliance-thérapeutique (comme élément associé à l'abstinence) et le contrôle, pas à confirmer dans la présente étude. Ce sont plutôt les patients plus jeunes qui vivent comme pesant les contrôles, et qui démontrent des alliances moins bonnes.

Un autre résultat de l'étude présente se distinguant de l'étude de Neto et al (2007) est que dans l'étude présente, se sont les personnes mariées (n=6) qui ont les moins bonnes alliances (m=59.34, SD=18.67) et les personnes divorcées (n=4) qui démontrent les meilleures alliances (m=71.5, SD=6.14), ce qui se contredit aussi avec l'avantage de bons liens sociaux, comme sont considérés des personnes mariées, mentionné par Meier et al (2005). Par contre, il faut dire que cette différence de moyenne n'a pas pu être confirmée de manière statistiquement significative, et l'on peut observer que les patients divorcés étaient de 75% dans leur 3^{ème} hospitalisation ou plus, donc le groupe qui démontrait de bonnes alliances, peut-être aussi lié à l'acceptation des thérapies et des contrôles y figurant, et à l'expérience dans l'établissement de ce genre de relations. De plus, les patients divorcés ne consommaient, dans cet échantillon, pas de drogues illégales. Concernant le genre de cohabitation, comme mentionné par Neto et al (2007), par exemple vivre avec les patients, aucune recension à ce sujet ne s'est faite dans la présente étude.

Un autre élément central pour l'établissement d'une alliance thérapeutique souligne non seulement l'importance de la personnalité des patients, mais aussi du personnel de santé, car c'est, selon Corbière et al (2006), aussi l'habileté du thérapeute à promouvoir -de la confiance, - de l'acceptation, -de la reconnaissance, -de la collaboration et -du respect pour le patient et son environnement qui favorisent l'établissement d'une relation (Beutler, 2001, cité par Corbière et al, 2006).

Ceci implique des éléments de la personnalité de l'infirmière comme élément central pour l'établissement d'un but commun et l'établissement de la confiance. Les soins en santé mentale sont basés sur les interactions interpersonnelles entre l'infirmière et le patient, et le « self » est vu comme un aspect essentiel dans les soins (Peplau, 1992, cité par Cleary & Edwards, 1999). La communication est très importante et comprend trois activités spécifiques comme : -écouter, -parler, -comprendre (Gilburt et al, 2008). Selon les mêmes auteurs, c'est la capacité d'écouter qui est considérée comme une caractéristique humaine très importante, et les patients interviewés dans l'étude de Gilburt et al (2008) décrivaient que d'être écouté était comparable à être respecté, si cela est fait d'une manière non-jugeante et non-autoritaire (Gilburt et al, 2008). Ces éléments ne sont pas mesurés dans la présente étude, mais il serait possible de comprendre les deux questions avec la moins bonne moyenne dans le sous-groupe *lien*, dans ce sens qu'une personne empathique qui arrive à démontrer au patient du respect et de la compréhension, même s'il ne se comporte pas toujours comme souhaité, comme élément très important. Donc la nécessité de fournir une acceptation qui n'est pas rattachée à des conditions.

Selon plusieurs auteurs, la confiance forme la base d'une relation thérapeutique et en est l'un des attributs les plus importants (Cutcliffe & Mackenna, 2005, Hupcey, 2001, Johns, 1996). En ce qui concerne les caractéristiques de la confiance, dans les définitions en sciences infirmières, les auteurs soulèvent : -être dans l'attente de quelque chose, -avoir confiance en quelqu'un et être -investi dans une relation (traduction libre, Hupcey et al, 2001). Avant de pouvoir prendre la décision de se confier, un individu doit démontrer un besoin qui ne peut être satisfait sans l'implication d'un autre individu. Ce qui fait que celui qui doit faire confiance choisit un individu particulier, parce que c'est évident que faire confiance le transfère dans une situation vulnérable (Hupcey et al, 2001, Johns, 1996).

Un élément qui pourrait indiquer que le fait de chercher de l'aide, comme par exemple traduit dans une hospitalisation volontaire, serait déjà le premier pas à entrer dans une relation de confiance. Contrairement aux 7 patients qui sont rentrés sous pression, ce qui peut déjà mettre l'établissement d'une relation thérapeutique sur un niveau plus difficile à atteindre. On

pourrait s'imaginer que lors d'hospitalisation forcée, toute perturbation dans la perception du rôle et des interventions de contrôle pourrait avoir des conséquences plus importantes. Les résultats de cette étude démontrent de moins bonnes alliances pour des personnes admises contre leur gré et des taux du VAS plus élevés qui indiquent une perception de dérangement des contrôles de l'infirmière sur la relation ; tous ces résultats sont, malgré le petit échantillon, significatifs.

Puisque la confiance est donc liée à une personne spéciale et est attachée à l'attente que cette personne va se comporter selon une certaine manière. Cette confiance sera testée sans cesse (Hupcey et al, 2001). Comme le précisent d'autres auteurs, une infirmière fiable est vitale pour un patient, d'autant plus s'il est diminué dans sa capacité de faire une évaluation de la fiabilité d'autrui (Bell & Duffy, 2009). Ceci peut signifier qu'une infirmière ne se comportant pas comme la personne l'attendrait, pourrait perdre la confiance que le patient avait envers elle. Dans ce contexte, au départ de cette étude, l'assomption que les contrôles effectués par l'infirmière pourraient être vécus comme trahison, peut expliquer que la relation basée sur la confiance sera perturbée. Comme mentionné par Gilburt et al (2008) qui soulèvent que le personnel qui était défini comme fiable par les patients, était décrit comme professionnel flexible et n'appliquant pas de coercition mais se souciant sincèrement des patients. L'utilisation de pression et d'autorité par le personnel amène par contre à un sentiment de méfiance (Gilburt et al, 2008).

On voit, dans la présente étude, que ce dérangement est d'autant plus important si une admission sous pression y précède, comme si le deuxième élément dérangent les contrôles serait trop pour maintenir une relation de bonne qualité. Les résultats obtenus par la récolte de données ont pu montrer ce lien, mais il est imaginable qu'un autre instrument visant plus la confiance aurait pu donner encore plus d'information sur cette question.

Lors de leur analyse du concept de la confiance, les auteurs Hupcey et al (2001) ont élaboré 11 questions. Deux de ces questions m'avaient interpellées pour la problématique décrite dans l'étude : (6) Est-ce qu'un individu fait confiance à un autre en fonction de son rôle ou en mesurant les caractéristiques personnelles de l'autre ; (7) Est-ce que la confiance est unilatérale, bilatérale ou réciproque (traduction libre, Hupcey et al. 2001).

Ceci pourrait être un indice que la méfiance que démontre la société envers les personnes toxicomanes peut avoir une influence sur la confiance qu'ils éprouvent vis-à-vis des infirmières. C'est-à-dire que l'institution en santé mentale et le personnel démontrent aussi de la méfiance envers le patient et sa fiabilité, dans le sens que quand il dit qu'il n'a pas consommé de substances, l'on doit aller tester derrière. Comme le soulèvent aussi d'autres

auteurs, comme Digiusto et al (1996) qui mentionnent en sous-entendu des tests de substances consommées serait l'assomption que les patients ne sont pas fiables dans l'auto-rapport. Dans l'étude de Digiusto et al (1996), les personnes testées ont avoué deux fois plus souvent avoir consommé des drogues que ce que l'on ait détecté cette consommation dans les urines. Cette concordance entre l'auto-rapport et l'analyse urinaire était aussi soulevée par d'autres études comme par Yacoubian & Urbach (2002). Par contre, d'autres auteurs ont examinés la validité de l'auto-report de consommation et auront trouvé que les patients minimisaient plutôt la consommation et ne reportaient pas de manière fiable (Chermack, Roll & Reilly, cité par Strike & Rufo, 2010).

Cette méfiance vis-à-vis des patients avec problèmes de dépendance pourrait, selon la question (7) posée par Hupcey et al (2001), signifier qu'une personne qui ne reçoit que de la méfiance aura plus de peine à établir de la confiance. Ceci pourrait être interprété comme indice que les patients avec des dépendances de drogues illégales, et qui sont donc plus marginalisées par la société, auraient des alliances moins bonnes que les personnes avec des drogues légales, qui circulent peut-être moins en dehors de la société. Surtout aussi par le fait de ne pas être poursuivies pour leur maladie, comme c'est le cas chez les personnes toxicomanes. Cet élément pourrait aussi rendre à la conclusion que les patients dépendants de drogues illégales vivent plus mal les contrôles, vu la méfiance élevée que la société éprouve vis-à-vis d'eux. Si l'on calcule la moyenne des taux obtenus par le VAS selon les groupes de drogues légales et illégales, on trouve un taux légèrement élevé chez le groupe de drogues illégales à 31.64, comparé à 30.32 pour les drogues légales. Ceci n'est clairement pas significatif. De plus, les substances se consomment par plusieurs en même temps, par exemple il est frappant que des 6 personnes consommant de l'héroïne, 4 consomment aussi de la cocaïne, 4 aussi du cannabis et 2 aussi des drogues synthétiques. Lors du test Chi2 entre les différentes données qualitatives comme ici entre les différentes substances consommées, il y a une association significative ($\text{Chi}^2 < 0.001$) entre la consommation de l'héroïne et de cocaïne, et de la consommation de l'héroïne avec des drogues synthétiques ($\text{Chi}^2 = 0.005$). Entre la consommation de cocaïne et des drogues synthétiques, il y a aussi une association significative ($\text{Chi}^2 = 0.003$).

En ce qui concerne les drogues légales, on peut observer que de ces 6 personnes consommant de l'héroïne, il y en avait que 2 qui consommaient aussi de l'alcool et par contre 3 qui consomment aussi des médicaments. Entre la consommation d'héroïne et d'alcool existe une association significative du test Chi2 ($\text{Chi}^2 = 0.002$), dans le sens que les gens qui consomment de l'héroïne ne consomment plutôt pas de l'alcool et l'inverse, ce qui pourrait parler pour une différenciation entre les patients souffrant de dépendance d'alcool et les

patients souffrant de dépendances de drogues illégales. Mais un élément qui rend cette différenciation caduque est qu'il y a une association, selon le test de Chi2 ($\text{Chi}^2=0.005$), entre la consommation d'héroïne et des médicaments ; dans les personnes consommant des médicaments de manière abusive, il y a 75% qui consomment aussi de la héroïne. Donc on peut parler, en tout cas pour les patients consommant des drogues illégales, d'une « poly-toxicomanie », pendant qu'un autre groupe, c'est surtout l'alcool qui est consommé. Il est donc difficile de séparer les groupes selon la drogue illégale ou légale.

Un autre élément intéressant dans ce cadre est que lors qu'on calcule un *odds-ratio* entre les deux groupes du VAS, après régression logistique et transformation en données binaires ; les personnes consommant de cannabis ont un risque 13 fois plus élevé d'être dans le groupe $\text{VAS}=1$, donc les patients qui perçoivent les contrôles comme pesants, comparé aux personnes qui ne consomment pas de cannabis. Ce résultat est avec une valeur-p de 0.03 significative. Mais en même temps, les personnes consommant du cannabis sont aussi très présentes ($n=5$) dans les hospitalisations sous pression.

En ce qui concerne la question (6) posée par Hupcey et al (2001) pour soulever si la personne faisait confiance à un autre en fonction de son rôle ou en mesurant les caractéristiques personnelles de l'autre, le choix d'un individu particulier est mentionné par plusieurs auteurs (Hupcey et al, 2001 ; Johns, 1996) et peut se faire à travers le choix d'une institution. Le choix de l'infirmière ne se fait pas par le patient, mais de manière automatique selon les disponibilités actuelles des infirmières. Le patient choisit donc plutôt un professionnel dans son rôle qu'une personne par ses attributs de personnalité. Élément soutenu par d'autres auteurs qui mentionnent l'hypothèse que la confiance se base également sur le rôle de la personne en face et non seulement sur son caractère et sa personnalité (Hem, Heggen & Ruyter, 2008).

Une méfiance du patient envers l'infirmière de lien serait imaginable vu le rôle contrôlant combiné avec le rôle de personne de lien. Si la confiance est définie comme élément réciproque, un patient stigmatisé envers lequel la société éprouve de la méfiance pourrait en même temps avoir plus de peine à établir une relation de confiance. À travers cette atteinte de la confiance, par exemple face à l'infirmière, c'est toute l'institution qui pourrait être remise en question par le patient. Un élément qui peut aussi expliquer le lien de l'alliance thérapeutique avec le nombre des « drop outs », comme il est mentionné par Meier & Donmall (2006).

C'est un point important, parce que la confiance peut aller plus loin qu'une relation entre individus, on parle alors de confiance globale ou institutionnelle (Cutcliffe & Mackenna, 2005;

Hupcey et al, 2001). Cette confiance institutionnelle basée sur l'assomption qu'il existe des institutions qui reflètent une certaine fiabilité et attirent la confiance dans l'interaction entre les clients et les professionnels. Cette confiance est donc adressée au système d'une manière diffuse et semble être relativement longtemps immunisée contre des perturbations (Di Luzio, 2006, cité par Sauter et al, 2011).

Le patient cherchant de l'aide afin d'accomplir ses besoins qui peuvent n'être satisfaits que par autrui et se mettant dans une situation vulnérable, choisit l'institution. Ou, dans le cas d'une hospitalisation sous pression, le patient est administré à une institution spécialisée. Dans la situation investiguée, les patients ont demandé, soit de manière volontaire, soit ils étaient forcés par des instances médicales et juridiques dans une institution spécialisée à leur problématique de santé. Le patient peut alors faire appel à des professionnels de la santé, avec des attributs sociologiques d'une profession incorporant des compétences qui sont plus développées que chez le client qui cherche de l'aide, ce qui peut, selon Di Luzio (2006, cité par Sauter et al, 2011) soutenir l'établissement de la confiance institutionnelle.

La plutôt bonne perception de l'alliance thérapeutique et du lien avec l'infirmière s'installe, parce que le patient choisit l'institution spécialisée, et si en plus il a déjà des expériences antécédentes, il sait ce qui l'attend et il connaît le rôle des infirmières comme personnes de références et de confiance. Mais il connaît et il tolère, en acceptant l'hospitalisation, aussi leur rôle impliqué dans les contrôles. Il perçoit probablement plus facilement les contrôles comme élément faisant partie de la thérapie. Le patient sait, peut-être même s'il est admis contre sa volonté, qu'il se trouve dans une institution spécialisée avec des professionnels spécialisés. Ceci pourrait favoriser, malgré l'hospitalisation contre son gré, l'établissement d'une alliance thérapeutique. Mais il se trouve que cette relation de confiance est plus vulnérable, et d'autres éléments dérangeants, comme pourraient figurer les contrôles incessants, peuvent être de trop et affaiblir la relation. Ceci implique d'autant plus d'investissement de côté des infirmières et le suivi des informations doit se faire de manière transparente et les habiletés de promouvoir la confiance chez le patient doivent être mobilisées d'autant plus chez les professionnels.

Dans le même sens, d'autres auteurs comme Wadell et Skärsäter (2007) ont trouvé dans des interviews que les infirmières étaient conscientes que si elles donnaient du temps au patient pour construire leur confiance, ils commenceraient à parler plus ouvertement de leurs habitudes de consommation. Selon les mêmes auteurs, un certain niveau de confiance semble être nécessaire afin que les patients puissent s'ouvrir à l'infirmière (Wadell & Skärsäter, 2007).

Afin de pouvoir parler ouvertement de leurs habitudes de consommation ou des rechutes, le patient a besoin d'une relation de confiance. Donc, pour parler de sa propre volonté de ces thèmes, l'alliance thérapeutique doit être bonne. Un élément qui soulignerait aussi les résultats trouvés sur la congruence entre les tests d'urine et l'auto-rapport par Digiusto et al (1996) et Yaccoubian et Urbach (2002). Ce qui remettrait vraiment fortement en question tout test sur la substance consommée, vu son impact sur l'alliance thérapeutique, élément favorisant justement la transparence du patient vis-à-vis de l'infirmière concernant sa consommation.

Ceci est probablement aussi un point central, parce que la connaissance et la formation des infirmières en santé mentale les rendent sensibilisées à l'établissement de la relation de confiance, et elles ont l'habitude de se servir de leur personnalité et de la communication comme éléments centraux en soins en santé mentale, et savent impliquer leur habileté dans la création de relations aussi avec des patients renfermés ou souffrants. Pour cette raison, elles voient probablement l'importance d'une relation de confiance envers les infirmières, afin d'évaluer les habitudes de consommation, également afin de percevoir les comportements et situations à risque qui accompagnent leurs patients ; ceci est reflété aussi dans l'étude de Strike & Rufo (2010) qui démontre une sensibilité et ambivalence vis-à-vis des contrôles, vu leur rôle de personne de confiance.

D'autres auteurs relèvent des résultats comparables en évoquant dans le cadre des soins pénitentiaires que les infirmières sont sans arrêt en train de nourrir la confiance du patient envers elles (Holmes, 2002, 2005), mais que cette confiance n'est pas quelque chose que l'on peut posséder ou qui est donnée facilement. Il apparaît que l'implication des infirmières dans des activités de sécurité rend l'établissement de confiance d'autant plus difficile (Holmes, 2002, 2005 ; Robertson & Walter, 2008, Hem et al, 2008). Malgré ces difficultés, Clearly et Edwards (1999) ont trouvé qu'il existait une relation thérapeutique même dans un environnement dominé par des interventions de contrôle (Clearly & Edwards, 1999), ceci pourrait signifier que la perception des contrôles effectués par les infirmières dépend aussi beaucoup de leur comportement et engagement ailleurs. Dans ce sens, il faut aussi évoquer que pour beaucoup de patients avec une souffrance psychique, l'autonomie devient fondamentale, parce que la maladie psychique attaque le sentiment d'identité et peut diminuer la capacité d'autogestion (Grant & Briscoe, 2002).

Les bons résultats du WAI obtenus dans l'étude présente peuvent donc aussi indiquer que le personnel soignant est sensibilisé aux questions éthiques qui accompagnent les soins en santé mentale comme -l'autonomie, -la non-malfaisance et -la bienfaisance. Ces éléments

deviennent surtout difficiles dans toute coercition, qui peut être aussi reflété par exemple par l'obligation de suivre des mesures de contrôle afin de pouvoir continuer la thérapie et d'éprouver des résultats négatifs pour ne pas être exclu de la thérapie. En connaissant ces éléments, il est possible que les infirmières de l'unité figurant dans l'enquête essaient au quotidien de favoriser l'autonomie du patient et la prise de décision et l'établissement des objectifs de manière partenariale. Peut-être les bonnes alliances thérapeutiques, malgré l'implication dans des contrôles, intègre aussi une bonne information du patient sur un niveau de partenariat et de transparence dans leur rôle, et l'importance des contrôles qui facilitent au patient l'acceptation de cet élément du rôle infirmier. Les capacités personnelles des infirmières à créer un contact et un lien de confiance avec le patient, malgré leur implication dans les contrôles, est certainement une tâche exigeante et demande d'autant plus d'investissement des infirmières de référence, car ces contrôles comportent le danger d'affaiblir les alliances. Ce qui doit être rattrapé par ailleurs, et qui est, selon les résultats de la présente étude, probablement d'autant plus difficile si d'autres mesures de coercition comme une admission sous pression s'y ajoutent. Ce qui demande plus d'énergie, du temps et d'investissement du côté des infirmières, et qui force par la suite aussi à des réflexions sur les ressources disponibles.

5. 3 Les limites de l'étude

5.3.1 Limites d'ordre méthodologique

Peu d'études spécifiques à la question du rôle de contrôle se sont faites, et la plupart des études évoquant cette thématique sont issues de la psychiatrie carcérale. Un milieu qui n'est pas tout à fait comparable au milieu de la thérapie des dépendances, même si certains éléments se ressemblent. La question et le but de l'étude auraient peut-être du être traités dans le cadre d'une approche qualitative, pour des raisons que des patients souffrant de double-diagnostic, plus spécialement des troubles de la personnalité, ne se sentaient peut-être pas concernés par le questionnaire et auraient mieux pu être cernés par des interviews. La même chose pour des patients avec une co-morbidité de manière psychotique, qui n'étaient pas non plus accueillis dans le cadre d'une enquête.

Un autre aspect de biais peut être le fait qu'il ne s'agissait que de patients avec déjà de bonnes alliances qui répondaient à ces questionnaires, vu leur plus grande implication dans la thérapie et la compliance. Peut-être y a-t-il eu des patients qui sont passés entre les mailles du filet, parce qu'ils ne se sentaient pas assez stables pour répondre à un questionnaire, ce qui aurait pu être évité par une approche qualitative. Mais l'approche quantitative était aussi prévue comme structure obligatoire pour ce travail de Master.

Cette problématique se reflète aussi dans le choix de l'instrument, qui n'était pas très bien adapté à la question. D'un côté, le WAI faisait sens pour mesurer le concept de la transaction décrit par King (1981), mais d'un autre côté, l'élément de la confiance ne figurait pas assez dans cet instrument. Élément qui est probablement le plus susceptible de souffrir de l'implication dans les contrôles, vu la théorisation de la confiance dans le cadre des sciences infirmières. Dans la présente étude, c'est le taux du sous-groupe WAI *lien* qui corrèle le moins fort avec la question sur le rôle de contrôle sur la VAS, élément qui semble plutôt étonnant. Comme Strike et Rufo (2010) ont pu démontrer avec leurs interviews, la plupart des patients souffraient de ces contrôles.

La question du VAS a clairement donné la possibilité d'exprimer la perception de ces contrôles, mais peut-être l'échelle VAS n'était pas adaptée à la population et difficile à comprendre pour certains patients. Un autre aspect très critiquable de la présente étude est, afin de pouvoir effectuer des mesures sur une VAS, qu'il faut déjà indiquer une direction à la question. Dans ce sens, cette question peut déjà influencer les patients et risque de colorer les réponses et peut être considérée comme biais.

Les instruments pour mesurer la confiance des professionnels de la santé comme le « Health Care Relationship (HCR) Trust Scale » (Bova, Fennie, Watrous, Dieckhaus & Williams, 2006) existent, mais seulement traduits en allemand. Une traduction d'instrument était déconseillée dans le délai court du Master. Il y aurait eu possibilité de faire la collecte de données à Berne dans une institution de thérapie de dépendance avec l'instrument en allemand. Mais les infirmières sont, dans cette institution, plus directement impliquées dans la relation, parce qu'il n'y a pas de système de personnes de référence, et les infirmières assurent surtout le quotidien et justement les contrôles de substance. Le suivi du patient se fait par des psychologues et les assistantes sociales, ce qui ne me semblait pas un cadre idéal pour investiguer ma question.

5.3.2 Limites se rapportant à la méthode d'échantillon

Pour des raisons organisationnelles, un accès à l'unité permanente n'était pas possible. Il s'agit d'une unité fermée, avec beaucoup de fluctuation et des phases critiques. La présence d'une personne externe aurait causé plus de travail à l'unité que de distribuer les questionnaires eux-mêmes. Pour cette raison, la distribution s'est faite avec la collaboration appréciée de l'ICUS de la chaîne des addictions, et les questionnaires étaient récoltés de manière anonyme à l'aide d'une boîte à lettre mise à disposition sur l'unité. Le fait de ne pas être impliquée dans la distribution des questionnaires a amené à une charge supplémentaire pour l'ICUS de la chaîne des addictions, et a donné lieu à plusieurs interruptions de

distribution, dues à une surcharge de travail. Ce qui a fait que durant janvier et février, aucun questionnaire n'a pu être distribué. Mais, malgré ceci, le retour des questionnaires fut bon, c'est-à-dire plus grand que 50%. Des 40 questionnaires distribués, il y en a 28 qui ont pu être collectés.

Un autre point faible est que la personne qui distribuait était un membre de l'équipe soignante, et il aurait été souhaitable que ce fut une personne externe, élément qui n'a pas pu être mis en place pour des raisons déjà abordées dans le paragraphe précédent. Mais le fait que ce n'était pas une personne neutre a peut-être amené à un biais pour la raison que les patients ont voulu bien répondre, ou répondre comme on l'attendait d'eux, en craignant éventuellement des conséquences négatives ou sanctions.

Il se trouve que la distribution de l'échantillon est très homogène, c'est-à-dire avec une représentation faible des patients consommant des drogues illégales et une dominance de patients consommant des drogues légales comme l'alcool. Il y a surtout des patients avec des problèmes d'alcool qui ont répondu au questionnaire, ce qui peut soulever la question si des patients avec une consommation de drogues illégales répondent moins facilement à ce genre de questionnaire. Il serait aussi possible que les patients souffrant de dépendances légales répondent plus facilement à ce genre de questionnaires que des patients avec des dépendances de substances illégales, ce qui pourrait expliquer la distribution hétérogène concernant les groupes de substances. Si l'on considère les chiffres du Rapport annuel de l'institution on observe que les taux des patients hospitalisés pour une toxicodépendance a diminué de 11% comparés à l'année 2009, et le taux des patients hospitalisés pour une dépendance à l'alcool a augmenté de 30%. Ce qui signifiera un pourcentage d'environ 16% de patients avec une toxicodépendance et environ 84% avec une dépendance à l'alcool. Ceci signifie une relativement bonne distribution de l'échantillon par rapport aux caractéristiques des patients, même en faveur des patients avec une dépendance aux drogues illégales.

Les données n'impliquaient pas les diagnostics du patient, et donc pas les co-morbidités, car investiguer chaque fois le document du patient avec le diagnostic ne s'avérait pas réaliste pour des raisons que la chercheuse n'était pas présente souvent sur l'unité. Il est donc possible que les patients avec des problèmes au niveau relationnel, comme par exemple avec une co-morbidité de trouble de la personnalité ou dans le cadre d'une psychose et dans des situations de soins complexes, ne se sont pas mis à répondre au questionnaire. Ceci est

un élément critiquable, parce que cette étude n'a pas donné à ces patients la possibilité de s'exprimer.

Un autre élément ambivalent est la catégorisation entre patients admis de leur propre gré, et sous pression de l'extérieur. Le deuxième terme est peu précis, et n'implique pas s'il s'agit d'une hospitalisation par privation de liberté ; ce qui peut être considéré comme point faible. Par contre, il est possible que certains patients qui ne sont pas hospitalisés sous privation de liberté aient pu vivre l'hospitalisation comme imposée à la base. Ces patients ont, grâce à la catégorisation choisie dans l'étude, eu le choix de cocher l'admission sous pression de l'extérieur.

5.4 Implications pour la pratique

En me reposant sur les expériences faites dans la pratique et des réactions des patients vis-à-vis de leur vécu des contrôles et l'implication de leurs infirmières de référence là-dedans, il est plutôt étonnant que la question du VAS a obtenu des chiffres plutôt bas. L'étude de Strike et Rufo (2010) démontre aussi des résultats clairement différents.

La forte association entre la forme d'admission et les taux obtenus par le WAI et le VAS soulèvent la forte importance de sensibilisation des infirmières lorsqu'un patient est venu sous pression de l'extérieur, peut-être même en privation de liberté. De savoir que ces patients vivent moins bien et comme menaçant les interventions de contrôle de l'infirmières doit impliquer plus d'attention à ce rôle. Peut-être en donnant encore plus d'informations aux patients concernant cette tâche.

Lorsqu'il s'agit de la première rencontre avec le patient, Bauer (1997) souligne l'importance de travailler avec les variables de Rogers (1988, cité par Bauer, 1997), -l'empathie, -la congruence et -l'acceptation sans condition. Surtout la congruence semble être un élément fortement lié à la problématique décrite dans la présente étude. Dans le sens qu'il est imaginable qu'une introduction claire et détaillée du rôle de l'infirmière, non seulement comme personne de confiance, mais aussi comme personne étant obligée d'effectuer certains contrôles. Il faudrait éclairer l'influence de la perception des contrôles par la suite, et circonscrire les interventions avec lesquelles le patient se verra confronté lors de son séjour. Il serait souhaitable de déclarer dès le départ au patient que l'on sait que le fait de commettre ces contrôles peut affecter l'établissement d'une relation de confiance, mais que les infirmières feront tout pour établir quand même une atmosphère de confiance, et qu'il lui est permis de parler de toute sorte d'inquiétude ou de malaise. Cet élément s'avère d'autant plus important s'il s'agit d'une hospitalisation contre son gré.

Une autre possibilité serait d'enlever l'infirmière de référence de toute forme de contrôle où cela est possible. Comme cela est fait dans la pratique lors des interventions de coercition (par exemple médication contre gré), où la personne de référence essaie de ne pas être impliquée, en rendant possible le « débriefing » du patient et de l'infirmière de référence sur un niveau de confiance. La même chose serait pensable pour les contrôles de substances, donc l'infirmière de référence n'est pas impliquée dans ces contrôles, ce qui permet au patient de pouvoir s'exprimer sur comment il le vit dans un entourage de confiance. Il est possible que cette pratique permette d'améliorer les alliances thérapeutiques avec les patients hospitalisés contre leur gré, qui semblaient être plus susceptibles aux interventions de contrôle. Par contre, cette approche implique un risque de clivage de l'équipe par le patient, entre personnes « bienveillantes » et « méchantes ».

Pour la pratique, une sensibilisation à cette question peut être le premier pas, afin d'éviter l'exclusion des infirmières de la relation de confiance et de référence avec le patient, comme c'est déjà le cas dans certaines institutions suisse-alsaciennes, où les infirmières ne sont plus impliquées dans la relation de référence, assurant seulement le déroulement du quotidien. Le rôle de l'infirmière de référence est remplacé par d'autres professionnels, qui ne sont pas impliqués dans les contrôles. Ceci est une grande perte pour l'activité professionnelle des infirmières en santé mentale, où la relation est l'instrument principal (Bell & Duffy, 2009 ; Berg & Danielson, 2007 ; Cutcliffe & Mackenna, 2005 ; Gilbert et al, 2008 ; Hem al, 2008).

Pour pouvoir parler ouvertement de leurs habitudes de consommation ou des rechutes, le patient a besoin d'une relation de confiance, et pour aborder ses thèmes liés à la dépendance, l'alliance thérapeutique doit être bonne. De plus, comme déjà abordé, la congruence entre les tests d'urine et l'auto-rapport est, selon diverses études, soulevée (Digiusto et al, 1996 ; Yaccoubian & Urbach, 2002). L'impact des contrôles sur l'alliance thérapeutique, élément favorisant justement la transparence du patient vis-à-vis de l'infirmière concernant sa consommation, oblige donc une reconsidération de ces tests pour la pratique.

La thématization de l'importance de cette relation, surtout avec les infirmières, doit se faire de manière régulière afin d'exprimer la position idéale de l'infirmière avec sa présence à travers la journée et sa présence dans des situations difficiles pour le patient, surtout aussi parce qu'elle est présente jour et nuit. Cette relation doit être stimulée, et si les contrôles peuvent entraver cette situation, il est peut-être même important pour le patient et les

soignants de réfléchir à une extériorisation de ces contrôles. Peut-être à un tiers professionnel, moins impliqué dans la relation.

De même serait-il peut être envisageable de remplacer la supervision des prises d'urine par des caméras, où le patient ne se sent pas humilié directement par une infirmière. Dans ce sens, le guideline pour le traitement de méthadone (Methadone Maintenance Therapy » de Canada propose (Health Canada, Office of Canada's Drug Strategy, 2002, cité par Strike & Rufo, 2010) justement cette supervision par caméra. Une autre raison pour remplacer la supervision par des caméras était aussi d'ordre de ressources. Ceci est donc un élément afin d'économiser sur deux niveaux ; d'un côté, cela demandera moins de monde présent pour contrôler, d'un autre côté, les investissements au niveau relationnel seront augmentés pour favoriser une relation de confiance, après des éléments de coercition comme une admission sous pression. Ces conséquences supplémentaires de contrôles pourraient être atténuées avec des supervisions par des caméras et diminueraient le rattrapage, coûtant de l'énergie et de l'investissement à stabiliser à nouveau la relation de confiance. Il est d'autant plus important, car les infirmières sont souvent sous pression de temps, élément qui peut en plus atteindre leur capacité de soigner, dans le sens d'établir de bonnes relations avec les patients, et qui demande du temps et de l'ouverture (Berg & Danielson, 2007).

5.5 Perspectives futures de recherche

Cette problématique doit être poursuivie dans d'autres recherches, probablement d'abord par des études qualitatives dans différents « settings ». Même si cette thématique à beaucoup d'écho dans le cadre des soins pénitentiaires, elle est sous-estimée dans le cadre de traitement de dépendance. Et comme l'écrivent Strike et Rufo (2010), la voix des patients et des professionnels n'est pas assez écoutée en ce qui concerne le vécu des contrôles par le patient et par les infirmières. D'autres études doivent se faire en visant les deux perspectives et les comparer entre eux. Les résultats clairs de cette présente étude, malgré le petit échantillon, suggère une forte association entre la perception du rôle de contrôle et l'alliance thérapeutique, même si les alliances de l'échantillon restent en général bonnes. Il faut augmenter la sensibilisation pour les patients, justement dans des situations difficiles depuis le départ, par exemple lors d'admission sous pression. Il serait intéressant d'investiguer cet élément plus en détail, dans une approche qualitative, afin d'apprendre plus qu'une simple catégorisation ; par exemple aussi en considération du modèle de changement de Prochaska et al (1992). Ce qui pourrait être intéressant par exemple lors d'une comparaison entre des patients hospitalisés sous pression de l'extérieur et de leur propre gré. Pour une étude quantitative, dans le but de confirmer le lien entre ces deux variables, il sera souhaitable de traduire le WAI dans sa forme complète en français, afin de

pouvoir mieux cerner l'élément de la confiance. De plus, il faudrait développer un instrument et le valider, afin de recenser le rôle de contrôle de l'infirmière et comme il est vécu par le patient. Enfin, une étude sur un plus grand échantillon serait nécessaire, car 28 patients restent un groupe très petit, et empêchent toute généralisation des résultats.

Chapitre 6 : Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'investiguer la relation entre l'alliance thérapeutique et les contrôles perçus par le patient. La théorie d'Immogène King sur la transaction et le concept de l'alliance thérapeutique ont servi comme cadre théorique pour la planification de cette étude.

Un échantillon de convenance, composé de 28 patients, a été recensé dans une unité spécialisée pour le traitement des dépendances, dans le site hospitalier de santé mentale du Canton de Fribourg.

Les résultats ont démontré que le niveau de perception des contrôles comme élément pesant a une influence négative sur l'établissement de l'alliance thérapeutique. Les analyses de corrélation ont révélé une corrélation linéaire négative entre ces deux variables. Dans le modèle de régression bi-variée, une augmentation de l'alliance thérapeutique d'une unité sur le WAI engendre une diminution de -33 sur l'échelle de VAS concernant la perception des contrôles comme élément pesant.

De plus, l'alliance thérapeutique et la perception des contrôles sont significativement influencées par la forme d'admission. Les patients hospitalisés sous pression de l'extérieur ont, dans le présent échantillon, des alliances moins bonnes et vivent les contrôles comme plus pesants comparés aux patients hospitalisés de leur propre gré.

La présente étude a donc permis de répondre à la question de recherche s'il y a une association entre le rôle de contrôle vécu par le patient et l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient. Et ces résultats sont importants, car ce lien entre les contrôles et l'alliance est peu thématiqué dans la littérature, dans le cadre du traitement des dépendances. Toutefois, ces résultats ne peuvent pas être généralisés vu le petit nombre d'échantillon. Et de futures recherches à ce sujet seraient importantes.

Références

Références

- Ahnquist, J., Lindström, M., & Wamala, S. P. (2008). Institutional trust and alcohol consumption in Sweden: The Swedish National Public Health Survey 2006. *BMC Public Health*, 8(283), 1-10.
- Allen, K. (1998). Essential concepts of addiction for general nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, 33(1), 1-13.
- Bauer, R. (1997). *Beziehungspflege*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH.
- Beckham, N. (2007). Institutional trust and alcohol consumption in Sweden. *BMC Public Health*, 8, 1-10.
- Bell, L., & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse--patient trust. *British Journal of Nursing (BJN)*, 18(1), 46-51.
- Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 500-506.
- Bordin, S. E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Bova, C., Fennie, K. P., Watrous, E., Dieckhaus, K., & Williams, A. B. (2006). The Health Care Relationship (HCR) Trust Scale: development and psychometric evaluation. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 477-488.
- Carter, K. F., & Dufour, L. T. (1994). King's theory: a critique of the critiques. *Nursing Science Quarterly*, 7(3), 128-133.
- Charbonneau, N. (2003). Relations entre les caractéristiques de l'intervention, l'alliance thérapeutique et la qualité de vie des personnes intégrées dans un programme de suivi intensif dans la communauté. Unpublished Master. Université Montréal.
- Cleary, M., & Edwards, C. (1999). 'Something always comes up': nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6(6), 469-477.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., & Frone, M. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies in Alcohol*, 61(1), 139-149.
- Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), 36-45.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design*. Los Angeles: Sage.
- Cutcliffe, J., & Mackenna, H. (2005). *The essential concepts of nursing*. Toronto: Elsevier.

- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2007). Rates and Correlates of Relapse Among Individuals in Remission From DSM-IV Alcohol Dependence: A 3-Year Follow-Up. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 31(12), 2036-2045.
- De Vargas, D., & Luis, M. A. V. (2008). Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 16(Special), 543-550.
- Digiusto, E., Seres, V., Bibby, A., & Batey, R. (1996). Concordance between urinalysis results and self-reported drug use by applicants for methadone maintenance in Australia. *Addictive Behaviors*, 21(3), 319-329.
- Donaldson, S. K. C., D. M. (1978). The Discipline of Nursing. *Nursing Outlook*, 26, 113-120.
- Doyle, J. (1999). A qualitative study of factors influencing psychiatric nursing practice in Australian prisons. *Perspectives in Psychiatric Care*, 35(1), 29-35.
- Dundon, W. D., Pettinati, H. M., Lynch, K. G., Xie, H., Varillo, K. M., Makadon, C., et al. (2008). The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts outcome in treating alcohol dependence. *Drug & Alcohol Dependence*, 95(3), 230-236.
- Fisher, J. E. (2007). Mental health nurses: de facto police. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 230-235.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Education.
- Gilbert, T. P. (2005). Interpersonal Trust and Professional Authority: Exploring the dynamics. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 568-577.
- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 25(8), 92.
- Goffman, E. (1975). *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Goldstein, A., & Brown, B. W. (2003). Urine testing in methadone maintenance treatment: applications and limitations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 61-63.
- Grant, V. J., & Briscoe, J. (2002). Everyday ethics in an acute psychiatric unit. *Journal of Medical Ethics*, 28(3), 173-176.
- Gray, M. T. (2007). Freedom and resistance: the phenomenal will in addiction. *Nursing Philosophy*, 8(1), 3-15.
- Hall, J. E. (2004). Restriction and control: the perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(5), 539-552.
- Hem, M. H., Heggen, K., & Ruyter, K. W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 15(6), 777-788.

- Holmes, D. (2002). Police and pastoral power: governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. *Nursing Inquiry*, 9(2), 84-92.
- Holmes, D. (2003). Constructing monsters: correctional discourse and nursing practice. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 8(3), 942-962.
- Holmes, D. (2005). Governing the captives: forensic psychiatric nursing in corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13.
- Holmes, D., Perron, A., & Michaud, G. (2007). Nursing in corrections: lessons from France. *Journal of Forensic Nursing*, 3(3-4), 126-131.
- Holnburger, M. (2003). *Pflegestandards in der Psychiatrie* (3 ed.). München: Elsevier GmbH.
- Holzer, R. (2007). *Wie erleben drogenabhängige Personen ihre Hospitalisation in einem Allgemeinspital*. Unpublished Master, Universität Basel, Basel.
- Horvath, A. O., & Greenberg, J. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Huestis, M. A., Cone, E. J., Wong, C. J., Umbricht, A., & Preston, K. L. (2000). Monitoring opiate use in substance abuse treatment patients with sweat and urine drug testing. *Journal of Analytical Toxicology*, 24(7), 509-521.
- Hupcey, J. E., Penrod, J., Morse, J. M., & Mitcham, C. (2001). An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 282-293.
- Johns, J. L. (1996). A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 76-83.
- Jung, Y. C., & Namkoong, K. (2006). Pharmacotherapy for alcohol dependence: anticraving medications for relapse prevention. *Yonsei Medical Journal*, 47(2), 167-178.
- Kilpatrick, B., Howlett, M., Sedgwick, P., & A.H., G. (2000). Drug use, self report and urinalysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 1; 58(1-2), 111-116.
- King, I. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. New York: John Wiley & Sons.
- King, I. (1991). *A Conceptual Framework for Nursing*. Newbury Park: Sage Publications.
- Littlejohn, C., & Holloway, A. (2008). Nursing interventions for preventing alcohol-related harm. *British Journal of Nursing (BJN)*, 17(1), 53-59.
- Lock, C. A., Kaner, E., Lamont, S., & Bond, S. (2002). A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 333-342.
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D., & Tatano-Beck. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec: ERPI-compétences infirmières.

- Loth, C., Rutten, R., Huson-Anbeek, D., & L., L. (2002). *Professionnelle Suchtkrankenpflege*. Bern: Hans Huber.
- Meier, P. S., & Donmall, M. C. (2006). Differences in client and therapist views of the working alliance in drug treatment. *Journal of Substance Use, 11*(1), 73-80.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P., & Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction, 100*(4), 500-511.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (4 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Neto, D., Lambaz, R., & Tavares, J. E. (2007). Compliance with aftercare treatment, including disulfiram, and effect on outcome in alcohol-dependent patients. *Alcohol and Alcoholism, 42*(6), 604-609.
- Organisation mondiale de la santé. (2010). Chapîtres de la CIM-10. Retrieved 10.06.2010, 2010.
- Pillon, S. C., Luis, M. A., & Laranjeira, R. (2003). Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. *Revista do Hospital das Clinicas, 58*(2), 119-124.
- Polczyk-Przybyla, M., & Gournay, K. (1999). Psychiatric nursing in prison: the state of the art? *Journal of Advanced Nursing, 30*(4), 893-900.
- Polit, D. F. Beck, Ch.T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Prochaska, J. O. DiClemente, C. C. (1992). Typische Phasen der Veränderung : Das Modell von Prochaska und DiClemente. Dans Kaufer, F. H. Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (4éd.) (pp. 73-76). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Office fédérale de la santé (2010). Prévention de dépendances et drogues. Retrieved 19.04., 2010, from <http://www.baq.admin.ch>
- Rask, M., Brunt, D., & Fridlund, B. (2008). Validation of the verbal and social interaction questionnaire: nurses' focus in the nurse-patient relationship in forensic nursing care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 15*(9), 710-716.
- Richard, C., & Lussier, M. T. (2005). *communication professionnelle en santé*. Québec: Erpi.
- Robertson, M. D., & Walter, G. (2008). Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(3), 228-235.
- Sauter, D. A., C. Needham, I. Wolff, S (2011). *Lehrbuch Psychiatrischer Pflege* (Vol. 3). Bern: Hans Huber.
- Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H., & Meleis, A. (1997). *Pflegetheorien*. Bern: Hans Huber.

- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G., & Greener, J. (1995). Client Engagement and Change during Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse, 7*, 117-134.
- Skipper, G. E., Weinmann, W., Thierauf, A., Schaefer, P., Wiesbeck, G., Allen, J. P., et al. (2004). Ethyl glucuronide: a biomarker to identify alcohol use by health professionals recovering from substance use disorders. *Alcohol and Alcoholism, 39*(5), 445-449.
- Strike, C., & Rufo, C. (2010). Embarrassing, degrading, or beneficial: patient and staff perspectives on urine drug testing in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Use 15*(5), 303-312.
- Office fédérale des statistiques (2007). Enquête suisse sur la santé. Retrieved January 2011, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/tools/search.simple.html>.
- Wadell, K., & Skärsäter, I. (2007). Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing, 28*(10), 1125-1140.
- WHO., Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch diagnostische Leitlinien* (5 ed.). Bern: Hans Huber.
- Willaing, I., & Ladelund, S. (2005). Nurse counseling of patients with an overconsumption of alcohol. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(1), 30-35.
- Witkiewitz, K., & Masyn, K. E. (2008). Drinking Trajectories Following an Initial Lapse. *Psychology of addictive behaviors, 22*(2), 157-167.
- Yacoubian, G. S., Jr., & Urbach, B. J. (2002). To pee or not to pee: reconsidering the need for urinalysis. *Journal of Drug Education, 32*(4), 261-270.

APPENDICES

Appendice A
Théorie d'atteinte de but d'Immogene King

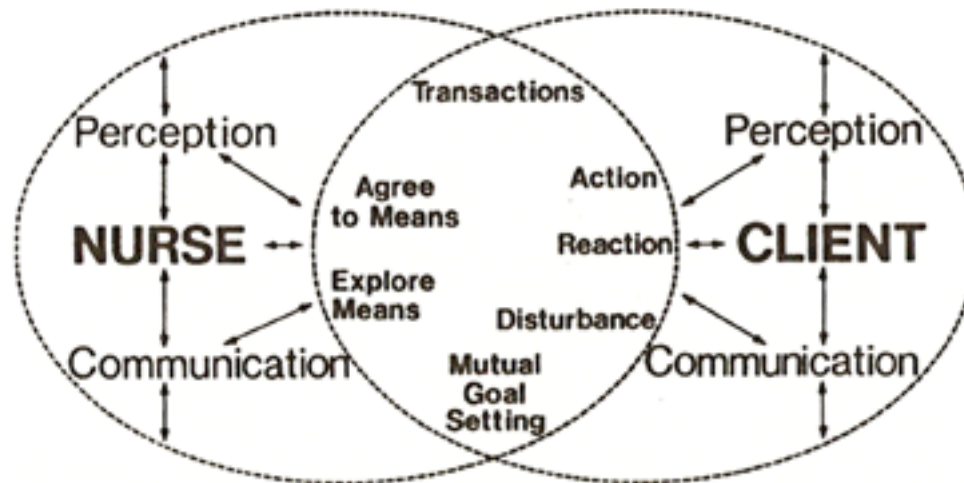


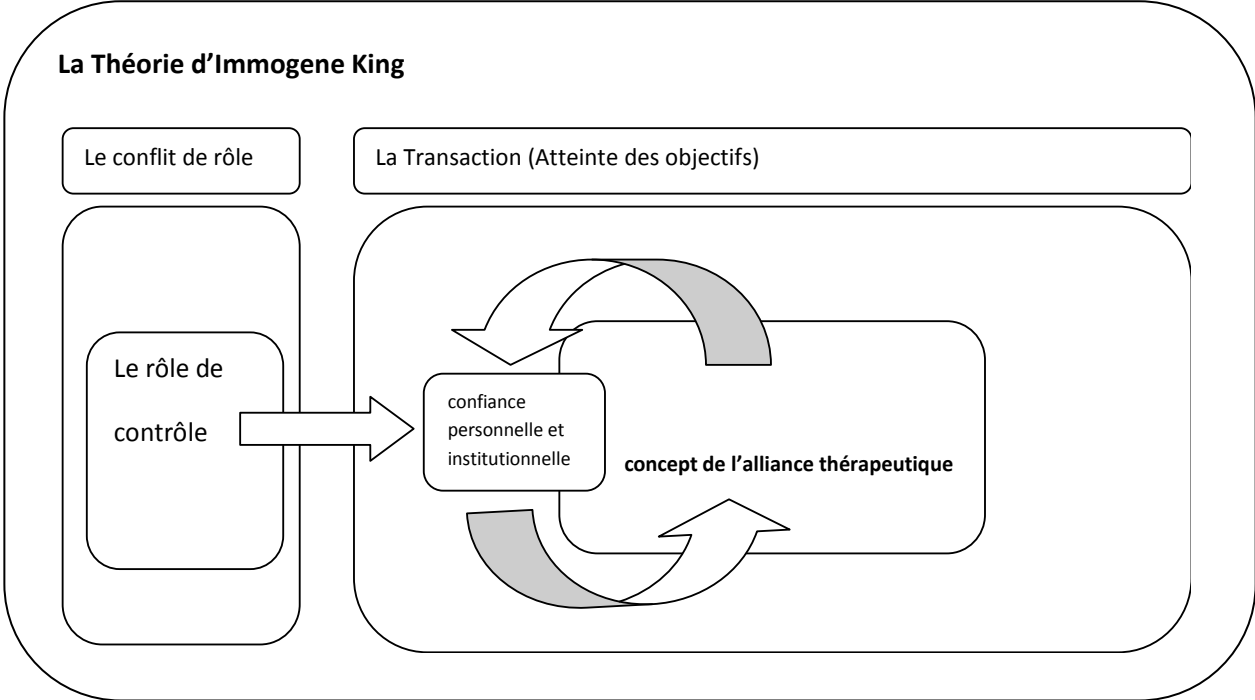
Figure 2.1. Schematic diagram of a theory of goal attainment.

SOURCE: King, 1981, p. 157. Copyright 1981 by Delmar Publishers, Inc. Reprinted by permission.

- (o) Individuals have a right to accept or reject health care.
- (p) Goals of health professionals and goals of recipients of health care may be incongruent. (King, 1981, pp. 143-144)

Appendice B
La théorie d'Immogene King

Figure 2 : Graphique explicatif



Appendice C
Questionnaire distribué aux patients

QUESTIONNAIRE :

Dans le cadre de la formation Master en Sciences Infirmières à l'Université de Lausanne, je fais une étude sur l'alliance du patient avec l'infirmière dans les institutions traitant des dépendances. Pour atteindre cet objectif, j'ai besoin de votre aide et de votre savoir spécifique.

Je vous prie de remplir ce questionnaire et de le mettre dans la boîte à lettre anonyme placée dans l'unité. Je suis présente sur l'unité certains jours déterminés et il y a toujours la possibilité de me contacter à travers l'équipe de soins, pour des questions ou remarques.

Passez votre temps d'hospitalisation en revue en vous concentrant sur votre vécu de la relation avec l'infirmière de lien. Les questions sont formulées au présent, en sachant que pour vous, il s'agit d'un regard dans le passé. Il est important que vous répondiez à toutes les questions.

Je vous remercie de votre collaboration appréciée.

Stefanie Senn, étudiante en
Master en sciences infirmières

Sexe :	<input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin	
Age :	<input type="checkbox"/> 18-28 ans	<input type="checkbox"/> 29-39 ans	<input type="checkbox"/> plus de 40 ans
Origine :	<input type="checkbox"/> suisse	<input type="checkbox"/> européen centrale	<input type="checkbox"/> européen de l'est
	<input type="checkbox"/> autres _____ (à préciser)		
État civil :	<input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> divorcé
Profession :	<input type="checkbox"/> avec emploi	<input type="checkbox"/> sans emploi	
Lieu de vie :	<input type="checkbox"/> ville	<input type="checkbox"/> campagne	
Hospitalisation :	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère}	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} et plus
Durée de cette Hospitalisation :	<input type="checkbox"/> 1à 4 semaines	<input type="checkbox"/> 1à 2 mois	<input type="checkbox"/> 3 mois et plus
Admission :	<input type="checkbox"/> propre gré	<input type="checkbox"/> sous pression de l'extérieur	
Dépendance depuis :	<input type="checkbox"/> <1 année	<input type="checkbox"/> 1à 3 années	<input type="checkbox"/> plus que 3 années
Type de dépendance:	<input type="checkbox"/> Héroïne	<input type="checkbox"/> Cocaïne	<input type="checkbox"/> Cannabis
(plusieurs croix sont possibles)	<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Drogues synthétiques
	<input type="checkbox"/> autres _____ (à préciser)		

1. Je crois que mon infirmière de référence m'aime bien						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
2. J'ai confiance que mon infirmière de référence est capable de m'aider						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
3. Ma relation avec mon infirmière de référence est importante pour moi						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
4. Je sens que mon infirmière de référence se soucie de moi, même si je fais des choses qu'elle n'approuve pas						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

5. Mon infirmière de référence et moi, nous nous entendons sur les étapes à suivre pour améliorer ma situation						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
6. Je comprends parfaitement mes responsabilités dans le travail avec mon infirmière de référence.						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
7. Nous nous entendons sur ce qui est important						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
8. Je crois que ce que nous faisons pour régler mon problème est correct						
1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

9. J'ai des inquiétudes quant aux résultats de nos rencontres

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

10. Les buts actuels de nos rencontres sont importants pour mon infirmière de référence

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

11. Nous travaillons à l'atteinte de buts sur lesquels nous nous sommes entendus ensemble

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

12. Nos rencontres m'ont permis d'être plus clair sur comment je pourrais être capable de changer

1	2	3	4	5	6	7
Jamais	Très rarement	À l'occasion	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours

Working Alliance Inventory de Horvath & Greenberg (1989), version courte traduit et validé en français Corbière et al (2006)

13. Percevez-vous les contrôles de prise d'alcool et/ou drogue, faits par l'infirmière, comme un élément pesant? (marquez d'un trait vertical ou vous vous situez entre les deux extrêmes de l'échelle)

Peu pesant extrêmement pesant

Merci beaucoup pour votre participation appréciée !

Appendice D
Formulaire d'information

FORMULAIRE D'INFORMATION (modifié le 2 août 2010)

Information aux patients pour leur éventuelle participation à une recherche en soins infirmiers sur la relation soigné/soignant

Dans le cadre de sa formation de Maîtrise en sciences infirmières à l'Institut de formation et de recherche en soins de la faculté de médecine à l'Université de Lausanne, Madame Stefanie Senn effectue une recherche, à laquelle elle vous serez reconnaissante de participer. Cette étude, effectuée dans le Centre de soins hospitaliers de Marsens, permettra d'évaluer la relation entre les patients et les infirmières/infirmiers, lorsque que ces dernières/derniers effectuent des contrôles (prélèvements sanguins ou urinaires) afin de détecter une prise d'alcool ou de drogue. En acceptant de coopérer à la recherche, le participant prendra environ 10 minutes pour remplir de manière anonyme un questionnaire. Une fois rempli, le participant met le questionnaire, ainsi que la feuille de consentement signée, dans une boîte à lettre mise en place dans le service. Cette boîte à lettre est fermée à clef et n'est pas accessible aux infirmières, médecins et autres professionnels, ni aux patients ou autres visiteurs. Les questionnaires seront détruits à la fin de l'étude et aucun renseignement permettant d'identifier les participants ne figurera dans la transcription des réponses. De plus, aucun risque n'est associé à la participation de cette étude et celle-ci n'est pas indemnisée.

Points importants :

- Chaque participants est âgé d'au moins 18 ans et parle le français. La participation à cette étude est librement consentie et peut en tout temps être retiré sans préjudice. En décidant d'interrompre sa participation, le patient continue d'être traité comme d'habitude.
- Le participant sait que toutes les données issues de l'étude resteront confidentielles. Toutefois, le résultat pourra être utilisée dans des publications ou des présentations scientifiques, mais sans que l'on puisse l'identifier. Si besoin est, il peut prendre contact en tout temps avec la collaboratrice scientifique Mme Senn de l'Université de Lausanne, Faculté de Biologie et de Médecine, Institut universitaire de Formation et de Recherche en Soins Infirmières, pendant le déroulement de l'étude. Mme Senn sera aussi présente sur l'unité au minimum deux fois par mois pour des questions ou problèmes et est toujours atteignable sous le numéro de téléphone : 076/392'80'21.
- Enfin, le participant sait que les résultats pourront l'aider ou aider à d'autres patients à mieux comprendre la relation avec les infirmières.

En remplissant le questionnaire, le participant confirme que l'on lui a expliqué la teneur de l'étude et qu'il a lu et compris le formulaire de consentement. Gardez ce formulaire d'information pour votre référence.

Appendice E
Feuille de consentement éclairé

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ÉCRIT DU PATIENT POUR LA PARTICIPATION À UNE ÉTUDE CLINIQUE

Veillez lire attentivement ce consentement. N'hésitez pas à poser des questions si certains aspects vous semblent peu clairs et souhaitez obtenir des précisions ou si vous avez des questions.

- Je déclare avoir été informé-e, oralement et par écrit, par l'investigatrice des objectifs et du déroulement de l'étude, de la participation attendue, des avantages et des inconvénients possibles ainsi que des risques éventuels.
- Je certifie avoir lu et compris l'information écrite qui m'a été remise sur l'étude précitée. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation. Je conserve l'information écrite et recevrai une copie de ma déclaration écrite de consentement, si je le désire.
- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision en mon âme et conscience.
- Je sais que mes données personnelles ne seront transmises que sous forme anonyme à des fins de recherche. J'accepte que les spécialistes compétents du mandataire de l'étude, des autorités et de la Commission d'éthique cantonale puissent consulter les données brutes, afin de procéder à des examens et à des contrôles, à condition toutefois que leur confidentialité soit strictement assurée.
- Je prends part de façon volontaire à cette étude clinique. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit dans mon suivi médical ultérieur.
- Je suis conscient(e) du fait que les exigences mentionnées dans l'information aux patients devront être respectées pendant la durée de l'étude.

Lieu, date

Signature du patient/de la patiente

Signature de l'étudiante infirmière

Appendice F
Tableau des articles

Figure 3 : Articles (48)

Auteur	Titre	Objectif	Devis Population	Résultat Description
KING				
Carter & Dufour, 1993	<i>King's Theory : A critique of the Critiques</i>	Décrire le cadre conceptuel de King, incluant les divers critiques et les discuter	Article théorique Avis d'experts	
CONTRÔLE DE DROGUES				
Strike & Rufo, 2010	<i>Embarrassing, degrading, or beneficial: patient and staff perspectives on urine drug testing in methadone maintenance treatment</i>	Les tests d'urine sont une routine, mais beaucoup de débats se font en thérapie de méthadone. Manquants dans ce débats sont les perspectives des patients et du personnel. Ce travail aimerait explorer leurs attitudes et perceptions en lien avec les tests d'urine.	Etude qualitative Interviews semi-structurés avec patients (n = 64) et personnels (n= 32) de 4 différents sites de traitement méthadone. Centre for Addiction and Mental Health Toronto, Canada	Chez les patients les commentaires sur les tests d'urine varient de dégradant à une acceptation vu l'importance pour la thérapie. Le personnel qui soutenait les analyses d'urine décrivent les comme important pour avoir un accès aux vies des patients et discuter des obstacles à la thérapie. D'autres exprimaient que ces analyses dérangent l'établissement et le maintien des alliances thérapeutiques. Le manque d'évidence démontrant l'amélioration des « outcomes » chez le patient en lien avec ces tests, suggère que les tests devraient être déterminés de manière individuelle et reposante sur les objectifs du patient.
Skipper, Weinmann, Thierauf, Schaefer, Wresbeck, Allen, Miller & Wurst, 2004	<i>Ethyl Glucuronide: A Biomarker to identify Alcohol use by Health Professionals Recovering from Substance Use Disorders</i>	Médecins en rétablissement des problèmes de dépendance sont en principe capable de reprendre leurs activités, s'ils sont d'accord de rester abstinents de l'alcool et subir régulièrement des tests d'urines.	Etude quantitative Descriptive simple 100 participants dans un programme monitoring Alabama, États Unis	Les résultats suggèrent que ces médecins dans les programmes de monitoring, ont une plus haute consommation d'alcool que reporté ultérieurement. L'incorporation des tests d'EtG pourrait renforcer ces programmes de maintenance d'abstinence.
Goldstein & Brown, 2003	<i>Urine testing in methadone maintenance treatment: applications and limitations</i>	Les auteurs discutent les applications et limitations des tests d'urine en traitement de méthadone.	Avis d'expert Stanford University États Unis	Un teste d'urine est utile pour déterminer si les patients consomment des opiacés à côté. Les tests ne sont pas utiles jusqu'à le patient soit stabilisé à un dosage

				adéquat de méthadone. Les tests sur la méthadone peuvent aider à ajuster le dosage.
Yacoubian & Urbach, 2002	<i>To pee or not to pee: reconsidering the need for urinalysis.</i>	Comparer les auto-reports des patients à des résultats des analyses d'urines	Comparative study Dates du Houston's Arrestee Drug Abuse Monitoring (ADAM) Program entre 1990 et 1999 Houston, Etats Unis	Les résultats sont congruents et mettent en jeux la nécessité de rediscuter l'utilité des tests d'urine.
Huestis, Cone, Wong, Umbricht & Preston, 2001	<i>Monitoring opiate use in substance abuse treatment patients with sweat and urine drug testing</i>	Comparer les résultats des tests de transpiration avec les tests d'analyse urinaire	Comparative study 44 patients dans un traitement de méthadone ambulatoire Maryland, États Unis	Le pourcentage des résultats faux-négative dans cette population indique que les tests de transpiration sont peut-être moins sensibles que les testes d'urine afin de détecter la consommation des opiacés
Kilpatrick, Howlett, Sedgwick & Ghodse, 2000	<i>Drug use, self report and urinalysis</i>	Comparer l'utilisation des tests d'urine avec l'auto-report dans le traitement des patients toxicomanes	Comparative study Patients (n= 1241) d'un service ambulatoire à Londres entre 1989 et 1995. Londres, Angleterre	La conclusion est que l'analyse des urines reste importante comme complément à l'auto-rapport et pour promouvoir des informations dans la thérapie des patients toxicomanes.
Digiusto, Seres, Bibby & Batey, 1996	<i>Concordance between Urinalysis Results and Self-Reported Drug Use by Applicant for Methadone Maintenance in Australia</i>	Cette étude aimerait examiner la concordance entre l'auto-report de consommation de drogue et les analyses urinaires	Etude quantitative Descriptive simple 341 patients dans un traitement de méthadone Sydney, Australie	Les patients reportaient la consommation de drogues, Presque 2 fois plus que cette consommation était détecté dans les urines.
Simpson, Joe, Rowan-Szal & Greener, 1995	<i>Client Engagement and Change during Abuse Treatment</i>	D'autres travaux ont décrits que la longueur des interventions thérapeutiques dans le traitement des dépendances est associé avec des meilleurs "outcomes" chez les patients. Mais le rôle de l'engagement thérapeutique et le processus demandent plus d'investigations. L'étude aimerait décrire ces deux éléments.	Article empirique Descriptive simple 557 patients dans leurs 90 premiers jours dans un traitement ambulatoire communal, ont été examinés dans leur relation avec des indicateurs de traitement. Texas, États Unis	Améliorations concernant les clients étaient trouvés touchant les critères comportementaux et psychosociaux dans les 3 premiers mois de la thérapie. Les changements comportementales positives étaient observés, ainsi des perceptions positives dans les interactions entre les patients et les thérapeutes. Le contexte dans lequel se trouve le patient, la motivation envers la thérapie étaient des éléments pronostiques significatifs.
TRAITEMENT				

GENERAL ET RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

De Vargas & Luis, 2008	<i>Alcohol, Alcoholism and Alcohol addicts: Conception and Attitudes of nurses from district basic health care centers</i>	Circonscrire les attitudes des infirmières des unités de soin vis-à-vis l'alcool, l'alcoolisme et les dépendants.	Etude qualitative Brésil	Les résultats relevant les conceptions et tendances que l'abus d'alcool est en générale perçu comme une maladie. La consommation personnelle semble influencer les perceptions.
Littlejohn & Holloway, 2008	<i>Nursing interventions for preventing alcohol-related harm.</i>	Article sur la dépendance d'alcool et ses conséquences sur la santé et le bien-être. Le rôle de l'infirmière	Avis d'expert Dundee, Angleterre	Les auteurs soulignent l'éducation en santé et la promotion de santé de l'infirmière. Des principes basiques sont mentionnés dans la relation avec le patient dans un hôpital général. Selon les auteurs beaucoup plus peut et doit être dit par les infirmières vu leur rôle vitale dans cette problématique.
Witkiewitz & Masyn, 2008	<i>Drinking Trajectories Following an Initial Lapse</i>	Les rechutes après un traitement de dépendance d'alcool est un problème majeure, l'étude veut évaluer le temps jusqu'à la première rechute et la forme que prend la consommation après la rechute.	Etude quantitative corrélationnelle 563 patients après un traitement de dépendance d'alcool Chicago, Etats Unis	Les résultats démontrent une diminution du risque de rechute à travers le temps.
Beckham, 2007	<i>Motivational interviewing with hazardous drinkers</i>	Tester l'efficacité de l'interview motivationnel	Essai clinique randomisé Personnes (n= 27) à risque de dépendance d'alcool, en utilisant des soins communautaires pour des personnes avec revenu bas dans environnement de campagne. Idaho, Etats-Unis	Diminution des participants du groupe d'intervention dans le nombre de consommation d'alcool par jour. Diminution du GGT du pré-test au post-teste dans le groupe d'intervention.
Dawson, Goldstein & Grant, 2007	<i>Rates and Correlates of Relapse Among Individuals in Remission from DSM-IV Alcohol Dependence: A 3-Year Follow-Up</i>	Vu qu'il y a peu d'information sur la stabilité de la rémission de la dépendance d'alcool, abstinente ou non-abstinente, L'étude aimerait décrire les changements longitudinaux dans la rémission, en incluant les rechutes.	Étude quantitative corrélationnelle longitudinale Première étape a identifié 2109 individus avec critères du DSM-IV pour rémission complète de dépendance d'alcool Deuxième étape 1772 étaient à nouveau interviewés. Maryland, États Unis	L'abstinence représente la forme la plus stable de la rémission pour la plupart des personnes dépendantes d'alcool. Les résultats de l'étude soulignent le besoin des meilleurs approches dans l'accompagnement des personnes à risqué de rechute.
Gray, 2007	<i>Freedom and resistance: the</i>	Elaborer le rôle de la volonté comme	Avis d'expert	L'expérience de drogue souligne les

	<i>phenomenal will in addiction</i>	concept dans la compréhension de la phénoménologie des drogues psycho actives.	East Stroudsborg, Etats Unis	deux, la force de l'intention dans l'individuation et dans la connexion. Cet élément est important dans le dialogue thérapeutique pour le construire selon des valeurs personnelles et objectives de chaque client, plutôt que des objectifs des professionnels de santé et des doctrines de santé courants.
Neto, Lambaz & Tavares, 2007	<i>Compliance with aftercare treatment, including Disulfiram, and effect on outcome in Alcohol-Dependent Patients.</i>	Décrire les éléments de la compliance au traitement	Etude quantitative : descriptive simple : Follow-up study Période de 6 mois, les patients (n=74) et une personne de signifiant dans leur entourage sont interviewés par téléphone par une personne indépendante. Données traités viennent de l'interview et des données cliniques du dossier patient Lisbonne, Portugal	La prise de disulfirame est associée avec des bonnes "outcomes", mais ceci peut refléter aussi le positionnement vis-à-vis du traitement comme l'effet du traitement même.
Wadell & Skarsäter, 2007	<i>Nurses experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting</i>	Décrire les expériences des infirmières en santé mentale dans les soins des personnes avec double-diagnostic de dépression majeure et abus d'alcool.	Etude qualitative 3 institutions psychiatriques dans deux hôpitaux générales auprès de 11 infirmières à Göteborg, Suède	Construire une relation de confiance afin de rendre possible la collaboration avec les patients était un but principale pour les soins et le traitement. Les infirmières ont besoin de plus d'entraînement et de savoir multidisciplinaire afin de répondre à des besoins particuliers de leurs patients
Jung & Namkoon, 2006	<i>Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: Anticraving Medications for Relapse Prevention</i>	Décrire les effets du soutien pharmacologique de l'abstinence. Pas tous les patients ne semblent profiter de ses substituts. L'article compare des différents « outcomes » et décrit des nouvelles substances sur le marché L'article veut explorer les variables qui peuvent prédire une réponse aux médicaments.	Avis d'expert Seoul, Corée du Sud	Il y a de l'évidence sur l'efficacité et sécurité de naltrexone et acamprostate, et des nouvelles substances sont sous investigation. D'autres questions se posent sur le dosage optimal et la durée du traitement, ainsi le rôle de la combinaison de différents médicaments doit se faire encore.
Willaing & Ladelund, 2005	<i>Nurse Counseling of Patients with an Overconsumption of Alcohol</i>	Promouvoir l'implication des infirmières dans la prévention d'alcool et l'augmentation de la capacité d'intervenir	Étude quantitative : descriptive simple Enquête basée sur des questionnaires auto-administrés	Tout les infirmières, mais surtout les infirmières en chirurgie avaient besoin de soutien et mise à jour dans la consultation

		via des "skill-based" entraînements de prise en charge de problèmes d'alcool.	565 of 734 infirmières travaillant dans un hôpital Copenhague, Danemark	des patients avec problèmes d'alcool.
Pillon, Luis & Laranjera, 2003	<i>Nurses training on dealing with alcohol and drug abuse: A question of necessity</i>	Présenter une revue brève sur le besoin de changement dans la formation sur l'alcool et les drogues.	Revue qualitative Brésil	Déficit dans la formation de base. Haute importance sociale des problèmes de drogue et d'alcool. Un changement dans la formation de base est nécessaire.
Lock, Kaner, Lamont & Bond, 2002	<i>A qualitative study of nurse attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care.</i>	Explorer les attitudes des infirmières en soins générale et leurs pratiques d'intervention brève afin de comprendre pourquoi c'est peu exploité	Etude qualitative: Grounded theory 24 (échantillon de convenance) infirmières des pratiques généraux Angleterre	Une politique courante est d'encourager et élargir le rôle de promotion de la santé des infirmières en « primary care ». Il faudrait mettre plus d'attention sur une meilleure préparation et meilleur soutien afin de rendre possible une tâche pareille.
Allen, 1998	<i>Essential concepts of addiction for general nursing practice</i>	Description des concepts essentiels pour la pratique infirmière en lien avec la dépendance	Avis d'expert Maryland, Etats Unis	Beaucoup est connu sur les soins des clients dépendants, mais beaucoup doit encore être appris. Les infirmières peuvent avoir un rôle important dans l'aide à leur patients afin d'améliorer la santé. Parce que les infirmières sont le groupe le plus grand des professionnels de la santé, elles doivent prendre un rôle principal dans le combat des dépendances.
CONFLIT DE RÔLE EN PSYCHIATRIE ET PSYCHIATRIE CARCERALE				
Hem, Heggen & Ruyter, 2008	<i>Creating Trust in an Acute Psychiatric Ward.</i>	Décrire comment les infirmières construisent une relation de confiance dans une institution psychiatrique aigue.	Étude ethnographique Données collectés sur 30 semaines, "field notes" d'observation participant (213 heures) et des interviews transcrits avec patients (n= 5) et infirmières (n= 6) Norvège	Cet article utilise du matériel empirique des unités psychiatriques aigues qui révèle que c'est plutôt la méfiance qui est dominant dans cet environnement. L'analyse des données soulève comment la méfiance est exprimée dans l'environnement thérapeutique et dans la relation avec l'infirmière. Les auteurs soulignent comment la confiance peut quand même être créée mais comme les

				deux, méfiance et confiance sont fragiles et peuvent vite changer dans leur opposé.
Robertson & Walter, 2008	<i>Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics</i>	Identifier les manifestations potentielles du «double-rôle» dilemme dans la littérature sur les éthiques psychiatriques	Revue de littérature Termes comme «dual role», «dual agency», «overlapping roles» et «double agency» étaient recherchés dans PubMed, Medline, Embase et PsychInfo. Les écrits étaient sélectionnés selon leur relevance à la thématique du dilemme «double-rôle» en Psychiatrie	Le dilemme du «double-rôle» est décrit le plus explicitement dans les soins psychiatriques pénitentiaires et militaires. La revue sur des éthiques dans d'autres champs de la psychiatrie indique que beaucoup de ces dilemmes étaient caractérisés par une présence d'un tiers puissant vis-à-vis lequel le psychiatre a des obligations
Fisher, 2007	<i>Mental health nurses: De facto police</i>	Examiner les conséquences pour les infirmières et les patients, quand c'est la police qui amène les patients à l'hôpital, pour une maladie mentale qui démontre un comportement criminel ou agressif. Surtout l'impacte sur la relation infirmière-patient et la sécurité du patient et du personnel est exploré. La tension entre les deux rôles conflictuels pour les infirmières entre contrôler le comportement pendant délivrer les soins et la thérapie sont examinés. En tenant compte du contexte de politique de santé et des problèmes de diminution de personnel.	Avis d'expert Australie	Dans l'environnement sous ressources diminués, il n'est pas raisonnable d'attendre des infirmières en santé mentale et d'autres professionnels de la santé de manager les incidents augmentant agressifs, aussi longtemps qu'ils n'aient pas soutien des unités spécialisés conçus avec des personnes spécialisés avec des habilités de prendre en charge les comportements antisociaux qui ne sont pas déclenchés par les maladies mentales.
Hall, 2004	<i>Restriction and control: the perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting</i>	Explorer la situation des infirmières travaillant dans une unité aigue de psychiatrie. En particulière les éléments de contrôle sociale, un élément qui continue à influencer les normes de travail.	Etude qualitative: Exploratoire par interviews 5 infirmières dans une unité aigue de psychiatrie Angleterre	Les infirmières décrivent leur travail comme dominé par les fonctions du contrôle social. Ces fonctions sont caractérisées par une observation, les restrictions de liberté et par le management des comportements dérangeants. Ceci amène dans un travail complexe et pesant.
Grant & Briscoe, 2002	<i>Everyday ethics in an acute psychiatric unit</i>	Décrire des interactions quotidiennes dans une unité aigue en psychiatrie. Trois situations qui aident à soulever des enjeux éthiques en relation avec l'autonomie du patient.	Avis d'expert Nouvelle Zélande	Suggestions faits pour des petits changements dans le comportement du personnel et dans les procédures institutionnelles, qui pourraient plutôt augmenter que diminuer l'autonomie.
Holmes, Perron & Michaud, 2007	<i>Nursing in Corrections: Lessons</i>	Comparer la pratique infirmières dans des	Etude qualitative: Grounded theory	La législation française a séparé les

	<i>from France</i>	unités pénitentiaires en Canada et en France	23 nurses from Canada, 17 from France, interviews Canada	responsabilités de la santé et des pénitentiaires. Au Canada ces deux rôles sont combinés. Les effets de cette séparation sont illustrés dans l'article, ceci amène à l'assomption que la France pourrait donner une leçon importante au système canadien.
Holmes, 2005	<i>Governing the Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections</i>	Illuminer avec les travaux de Foucault et Goffman les données sur les rôles des infirmières en traitement pénitentiaire	Etude qualitative: Grounded theory Multi-level security psychiatric ward of the Canadian Federal Penitentiary System Canada	Les infirmières sont en même temps des éléments de puissance et de correction, et ceci influence les soins.
Holmes, 2003	<i>Constructing Monsters: Correctional Discourse and Nursing practice</i>	Décrire la pratique infirmière dans un environnement extrême, ou le contrôle sociale et les soins psychiatriques sont inséparablement mélangés.	Etude qualitative Canada	La psychiatrie pénitentiaire est un site où deux discours antagonistes sont impliqués. La Monstruosité était un terme souvent utilisé pour décrire des types particuliers des détenues. Une représentation pareille a une grande influence sur les soins infirmières pénitentiaires.
Holmes, 2002	<i>Police and pastoral power: governmentality and correctional forensic psychiatric nursing</i>	Illuminer avec les travaux de Foucault et Goffman les données sur les rôles des infirmières en traitement pénitentiaire	Grounded theory 24 "semi-directed interviews" avec infirmières et 3 officiers pénitentiaires dans des services pénitentiaires. Canada	Dans l'environnement psychiatrique pénitentiaire, soigner implique utiliser des différents types de pouvoir, qui essaient de modifier le comportement du détenu.
Doyle, 1999	<i>A Qualitative Study of Factors Influencing Psychiatric Nursing Practice in Australian Prisons</i>	Décrire les facteurs influençant les soins infirmières dans une prison	Etude qualitative: Focus group Infirmières en santé mentale (n= 30) qui travaillent dans une prison. Unité de 24 heures avec 120 lits Australie	Les infirmières en santé mentale identifient les facteurs suivants comme influençant leur travail: -patients provocatrices -menaces à la survie des patients -la technologie et les limitations dans le savoir-faire -des conflits de valeurs entre soins infirmières et des structures de correction
Polcyk-Przybyla & Gournay, 1999	<i>Psychiatric nursing in prison: the state of the art?</i>	Décrire le développement des services psychiatriques pénitentiaires en Angleterre Thématiser un changement d'environnement dans lequel les infirmières en santé mentale	Revue de littérature Angleterre	Le statut des infirmières en santé mentale pénitentiaire comme une spécialisation a été discuté dans la littérature et le rôle des infirmières travaillant dans ce domaine et vu de certains plutôt sur l'angle de contrôle social que de soins.

		pénitentiaire peuvent procurer des soins de haute qualité.		
RELATION INFIRMIERE-PATIENT				
Gilburt, Rose & Slade, 2008	<i>The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK</i>	Développer une compréhension des processus et thèmes qui définissent l'expérience d'hospitalisation du point de vue des clients.	Etude qualitative. Approche participative 19 patients interviewés en commune, qui étaient hospitalisés dans un hôpital psychiatrique. Londres	Les relations formaient le cœur des expériences des patients. Thèmes de communication, sécurité, confiance, coercition et compétences culturelles contribuaient au concept de relation avec des professionnels de la santé.
Rask, Brunt & Fridlund, 2008	<i>Validation of the verbal and social interaction questionnaire: nurses' focus in the nurse-patient relationship in forensic nursing care</i>	Il y a un besoin de développer un questionnaire qui mesure les interactions sociales et verbales (VSI) avec leurs patients. Des perspectives du patient et des infirmières dans l'environnement psychiatrique pénitentiaire. Le but de cette étude est de déterminer la "construct validity and internal consistency reliability" du questionnaire VSI.	Etude de développement d'instrument 4 pas: -construction des items -tester la validité -collection des données -Analyse des données.	Le résultat suggère une satisfaction dans les propriétés psychométriques de l'instrument. Une « construct validity, content validity et internal consistency reliability » du questionnaire.
Berg & Danielson, 2007	<i>Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust</i>	Eclairer les expériences des patients avec des maladies de longue durée et des expériences des infirmières vis-à-vis la relation de soins.	Etude qualitative Phénoménologique 13 interviews avec patients (n= 7) et infirmières (n=6) Göteborg, Suède	Les infirmières et patients sont conscients de leur recherche après de la confiance dans la création d'une relation de soins. Mais leurs efforts n'étaient pas suffisants pour finir dans la confiance. Ceci pourrait signifier que les patients ont besoin d'une relation personnelle de soins stable afin de construire de la confiance.
Clearly & Edwards, 1999	<i>Something always comes up': nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting</i>	Explorer les facteurs influençant la relation infirmière-patient dans une unité psychiatrique aigüe	Etude qualitative : Interviews semi-structurés avec patients (n= 10) et infirmières (n= 10). Unité aigüe en psychiatrie avec 22 lits. Australie	Six thématiques majeures émergeaient des interviews avec les infirmières: -Environnement -Choses imprévus -Attributs des infirmières -Facteurs concernant le patient. -support instrumental -Focus sur les soins. Quatre thématiques majeures chez les patients :

				-Attributs des infirmières -Perception de rôle -Soins clinique -Temps
WORKING ALLIANCE				
Dundon, Pettinati, Lynch, Xie, Varillo, Makadon & Oslin, 2008	<i>The Therapeutic Alliance in Medical-Based Interventions Impact Outcomes in Treating Alcohol Dependence</i>	Examiner la relation entre l'alliance thérapeutique et les "outcomes" thérapeutiques pour des patients avec dépendance d'alcool recevant du naltrexone ou un placebo et trois différentes interventions	Essai clinique randomisé 24 semaines Patients en traitement ambulatoire (n=240) et leurs médecins Trois interventions : -médication avec naltrexone -médication avec naltrexone et BRENDA intervention -médication avec naltrexone et thérapie cognitive-comportementale Tôt dans le traitement les patients et médecins complétaient le « Working alliance inventory (WAI) » Philadelphia, Etats Unis	Un certain support pour l'importance de l'alliance thérapeutique dans le traitement médical d'une dépendance d'alcool à pu être trouvé
Corbière, Bisson, Lauzon & Ricard, 2006	<i>Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory</i>	Traduire et valider l'instrument WAI version courte en langue française	Traduction et validation d'un instrument WAI version courte, 12 items 150 clients et leur case-managers 111 femmes et 39 hommes souffrants de maladie psychique sévère, âgés entre 22 et 84 ans Canada	Cette étude prouve évidence sur la structure factorielle du WAI, version courte francophone.
Meier & Donmall, 2006	<i>Differences in client and therapist views of the working alliance in drug treatment</i>	Explorer l'extension avec laquelle dans le traitement des dépendances, les clients et les professionnels agréent dans leurs perceptions de l'alliance thérapeutique Investiguer si le degré de désagrément entre client et professionnel est relié au maintien du traitement.	Etude descriptive corrélationnelle Taux obtenu dans l'alliance thérapeutique (avec le WAI-S) dans les semaines 1-12 auprès des patients et leurs professionnels de la santé (n=187) dans des unités de réhabilitation de dépendance Angleterre	Les taux obtenus étaient que faiblement corrélés. (correlations ranging from $r = 0.07$ to 0.42) Et avaient la tendance de devenir moins similaire à travers les 12 semaines en traitement. Un agreement entre le client et le professionnel n'avait aucun influence sur le maintien du traitement.
Meier, Donmall, Barrowclough, Mc	<i>Predicting the early therapeutic alliance in</i>	Prédire l'alliance thérapeutique sur le	Etude de cohort longitudinal	Un nombre des éléments des clients et

Elduff & Heller, 2005	<i>the treatment of drug misuse</i>	point de vue de facteurs potentiellement relevant comme les relations sociaux des clients, la motivation et les ressources sociaux et l'expérience professionnels des « counsellors » et un éventuel statut d'ex-consommateur.	Clients (n=187) d'un traitement de réhabilitation de drogue dans 3 différents services entre aout 2002 et aout 2003 Angleterre	de professionnels étaient trouvés prédisant une bonne alliance. L'étude démontre une inconsistance avec la perception de son rôle du thérapeute comme élément qui prédise la qualité de l'alliance thérapeutique.
Connors, DiClemente, Dermen, Kadden, Carroll & Frone, 2000.	<i>Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment</i>	Décrire l'alliance thérapeutique dans le traitement de dépendances. Décrire les facteurs influençant l'alliance thérapeutique	Essai Clinique randomisé 707 patients ambulatoires et 480 patients dans le suivi post-thérapeutique New York, Etats Unis	Dans des évaluations des régressions simples bivariés, les alliances thérapeutiques des patients ambulatoires étaient positivement liés à : -l'âge du client -la motivation et la « readiness » pour un changement -la socialisation -le niveau du support social perçu par le patient -âge du thérapeute Et négativement lié à - le niveau éducatif du client -le niveau de dépression et de recherché de sens
Bordin, 1979	<i>The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance</i>	Faire une recension des écrits sur l'alliance thérapeutique	Recension des écrits Michigan, Etats Unis	L'histoire du fondement de l'alliance thérapeutique en psychanalyse et la possibilité de disséminer les données sur d'autres formes de relation. Etablissement d'un cadre conceptuel.
CONFIANCE				
Gilbert, 2005	<i>Interpersonal trust and professional authority: exploring the dynamics</i>	Explorer la relation entre la confiance interpersonnelle, « governmentality » et l'activité professionnelle à travers des analyses du discours professionnel.	Analyse de discours Textes de deux genres: -littérature académique et matériel d'interview (n= 17) dans le contexte des services de communauté pour des personnes avec des déshabilités d'apprentissage. Plymouth, Angleterre	L'étude fournit un support que la confiance est établi à travers des systèmes non-personnels. Confiance est reconnue comme un processus dynamique avec des gains et des pertes. L'étude a aussi construit quatre dimensions d'un modèle de confiance non-personnel, comme -confiance -méfiance -abus -espérance
Confiance institutionnel				
Ahnquist, Lindström & Wamala, 2008	<i>Institutional trust and alcohol consumption in Sweden: The Swedish National Public Health</i>	Tester l'hypothèse que la confiance institutionnelle basse est associée avec une	Etude quasi-experimentale Données du "2006 Swedish National	Indépendant de l'âge, pays de naissance et statu socio-économique, une confiance

	Survey 2006	consommation hasardeuse d'alcool	Survey of Public Health" étaient analysés. Echantillon sélection par randomisation. (n=26305 hommes), (n=30584 femmes) entre 16-84 ans avec Consommation hasardeuse d'alcool (mesuré avec le AUDIT-Test) Suède	institutionnelle basse était associée avec une tendance augmentée de consommation hasardeuse de l'alcool (OR (men) = 1.52, 95% CI 1.34-1.70) and (OR (women) = 1.50, 95% CI 1.35-1.66).
Analyse de concept de la confiance				
Bell & Duffy, 2009	<i>A concept analysis of nurse-patient trust</i>	Promouvoir une meilleure compréhension du terme "confiance dans la relation infirmière-patient" à travers la technique d'analyse de concept par Rodgers	Analyse de concept Irlande	Le concept de la confiance est particulièrement intéressant pour les soins infirmières est était identifié comme élément important dans la relation infirmière-patient. Mais le concept est utilisé dans le discours quotidien avec confusion et le vrai sens de la confiance n'est pas clair. La confiance du patient dans la profession des infirmières ne peut pas être prit comme quelque chose de garanti, simplement vu son exigence dans les soins infirmiers.
Hubcey, Penrod, Morse & Mitcham, 2001	<i>An exploration and advancement of the concept of trust</i>	Clarifier l'état de la science-spécifique conceptualisation de la confiance Analyse de concept par Morse Evaluation de la maturité scientifique du concept	Analyse de concept Pennsylvania, Etats Unis	Le concept interdisciplinaire de la confiance est immature. Afin d'avancer le concept confiance vers une meilleure maturité, des techniques de développement de concept étaient adoptés utilisant la littérature comme données. La nouvelle conceptualisation interdisciplinaire avance le concept vers la maturité est fait de luit un concept plus pragmatique et d'un ordre plus élevée. Le concept de la confiance transcende les frontières contextuelles de chaque discipline d'une manière vraiment scientifique.

<p>Johns, 1996</p>	<p><i>A concept analysis of trust</i></p>		<p>Concept Analysis Virginia, Etats Unis</p>	<p>Le concept est développé comme les deux: processus et "outcome" et la relation des deux étapes de mesure du concept sont identifiées. L'utilisation du cœur-concept spécifique au contexte est discutée et d'autres analyses sont conseillées.</p>
---------------------------	---	--	--	---