

# CONDUITES ADDICTIVES SPÉCIFIQUES CHEZ L'INFIRMIÈRE

**DIANE WESPI**

**Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**Directrice de travail : ANNE FRANCOISE PIRLET**

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2011 EN VUE DE  
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute école cantonale vaudoise de la santé  
Filière Soins infirmiers**



## **AVERTISSEMENT**

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

J'atteste avoir réalisé seule le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques ou la liste bibliographique.

Le 18 juillet 2011

Diane Wespi

## **RESUME**

### Objectif :

L'objectif de ce travail de Bachelor est de mettre en lumière les facteurs de risque spécifiques entraînant des conduites addictives au sein de la profession infirmière. Dans un second temps, il s'agit d'explorer les stratégies individuelles, d'équipe ou institutionnelles afin d'y faire face.

### Méthode :

Ce travail de Bachelor est basé sur des recherches provenant de diverses bases de données (PubMed-Medline, EDP Sciences. Les recherches ont ensuite été analysées au moyen de la grille de Bordage (1989). Les facteurs de risque ainsi que les pistes d'intervention ont été expliqués et traités par thème. Il s'agit d'une revue de littérature non exhaustive de cinq articles scientifiques, explicités à la lumière du cadre de référence.

### Résultats :

Les résultats permettent de répondre à la question de recherche. Il apparaît que la moyenne des infirmières qui souffrent de dépendance n'est pas supérieure à celle de la population générale. En revanche, il y a un risque accru pour certains groupes d'infirmières travaillant au sein de services spécifiques. Plusieurs chercheurs déterminent les facteurs de risque spécifiques (professionnels ou privés) susceptibles d'engendrer un processus de dépendance à des substances intoxicantes chez l'infirmière.

### Conclusion :

Dans certains secteurs de leur activité professionnelle, les infirmières sont exposées des facteurs de risque spécifiques, susceptibles d'entraîner une addiction à des substances intoxicantes. La profession infirmière a le défi de s'engager davantage dans un système de prévention. L'identification des infirmières qui souffrent de dépendance, ainsi que l'intervention précoce auprès d'elles, permettent une prise en charge optimale en vue notamment du retour dans la pratique professionnelle, et renforce ainsi la sécurité des patients.

### Mots-clés :

Infirmière • Conduites addictives • Facteurs de risque • Substances intoxicantes

## **REMERCIEMENTS**

Mes remerciements vont principalement à ma directrice de mémoire, Madame Anne Françoise Pirlet, qui a su m'accompagner au mieux tout au long de l'élaboration de cette revue de littérature.

J'adresse ensuite mes remerciements à Madame Marie-Claude Wespi, pour sa relecture attentive de ma thèse de Bachelor.

Je tiens à remercier Chloé Fibicher pour son aide précieuse, notamment en matière d'informatique.

Je remercie également les personnes qui m'ont transmis d'utiles apports théoriques: les enseignantes à la HECVSanté Madame Cécile Desaulles et Madame Line Gagné, ainsi que l'infirmière-chef du Foyer de la Côte à Corcelles, Madame Christine Duvanel.

Un grand merci à ma petite Jazzya pour la merveilleuse patience dont elle a su faire preuve.

Pour terminer, je souhaite remercier chaque personne qui m'a soutenue de quelconque manière durant ce périple de plusieurs mois.

## TABLE DES MATIERES

1.	Introduction .....	1
2.	Problématique.....	2
2.1.	Qui est l'infirmière ?.....	2
2.2.	Qu'est-ce que l'addiction ? Les conduites addictives ?.....	4
2.3.	Qu'est-ce que la prévention ? .....	6
2.4.	Question de recherche.....	7
3.	Cadre de référence.....	8
3.1.	La fonction du métaparadigme infirmier .....	8
3.2.	Le concept de la personne.....	8
3.3.	Le concept de la santé .....	9
3.4.	Le concept des soins .....	9
3.5.	Le concept de l'environnement.....	9
3.6.	Les propositions du métaparadigme infirmier .....	9
4.	Méthode.....	12
4.1.	Les critères d'inclusion .....	12
4.2.	Les critères d'exclusion .....	12
4.3.	Choix des bases de données informatisées .....	13
4.4.	Méthode d'analyse des articles sélectionnés .....	15
4.5.	Méthode d'interprétation des résultats .....	15
5.	Analyse des articles de recherche.....	16

5.1.	Tableaux de presentation globale des résultats.....	17
6.	Synthèse : Points-clés parmi les résultats.....	22
6.1.	Types et quantités de substances psycho-actives consommées .....	22
6.2.	Facteurs de risque spécifiques favorisant l'addiction .....	22
6.3.	Un modèle explicatif aux conduites addictives: L'équation SNAO (Stress, Narcotics and other drugs, Access, Opportunity).....	25
6.4.	Une stratégie d'intervention innovante: le modèle ATD ou modèle "Alternative-To-Discipline" .....	26
7.	Interprétation – Discussion des résultats .....	28
7.1.	Recommandations pour la pratique .....	28
7.2.	Perspectives pour la formation et la recherche .....	29
7.3.	Limites de la revue de littérature .....	29
8.	Conclusion.....	31
	Annexes .....	36

## 1. INTRODUCTION

Confrontée à une certaine réalité du terrain lors d'un stage de première année Bachelor en soins infirmiers, l'auteure de cette revue de littérature a vu ce sujet s'imposer à elle. En effet, lors de ce stage en milieu psycho-gériatrique, l'auteure a noué un lien professionnel, puis davantage personnel avec un collègue infirmier diplômé – un collègue infirmier qui, au fil des semaines de stage, a démontré certaines attitudes professionnelles étonnantes... qui, par exemple, souhaitait prendre le moins de responsabilités possibles, demandait à faire le maximum d'horaires de nuit ou de week-end, se rendait régulièrement au travail avec les yeux rouges, avait tendance à transpirer et à trembler. Ce collègue, suite à la création de liens hors du contexte professionnel, a fini par se confier à l'auteure: des confessions presque inavouables, portant sur ses abus de substances et sur sa vision morose de la vie, de sa vie, de sa vie professionnelle. Il a confié à l'auteure fumer quotidiennement plusieurs joints de cannabis par jour; prendre de la cocaïne quelques fois par mois, ainsi que de l'héroïne plus occasionnellement; dérober certaines substances anxiolytiques dans la pharmacie à des fins d'utilisation personnelle; ne pas administrer certaines doses de morphine à ses patients pour se les injecter après le temps de travail, seul dans sa chambre. Bien que ce dernier suivît une psychothérapie, il disait être triste, ne pas cerner le sens de la vie, ne pas se sentir désirable, ne pas vouloir entrer dans le schéma conventionnel de l'infirmier, ne pas se sentir capable de fonctionner normalement. Suite à ces propos, l'auteure de cette revue de littérature s'est beaucoup questionnée, notamment sur les notions éthiques et déontologiques qui découlent d'une telle problématique; mais également sur ce qui a mené ce collègue vers un processus de dépendance à diverses substances intoxicantes<sup>1</sup>.

La thèse de Bachelor lui est alors apparue comme une opportunité de chercher des réponses à ses questionnements, et même d'identifier des pistes d'actions concrètes en vue de sa future pratique professionnelle.

---

<sup>1</sup> Dans ce contexte, les substances intoxicantes comprennent tout psychotrope ou tout produit chimique.



## 2. PROBLEMATIQUE

### 2.1. QUI EST L'INFIRMIERE<sup>2</sup> ?

Un(e) professionnelle responsable à qui l'on accorde sa confiance, que l'on imagine en bonne santé, qui inspire douceur, dévouement et compétence...

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la mission des soins infirmiers est décrite comme suit :

**La mission des soins infirmiers** dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmiers apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. (Définition donnée en 1973, formulée en 1993 dans les *Résolutions* de la « World Health Assembly réactualisée en 2002, à propos des missions des Soins infirmiers: *The Nursing and Midwifery program at WHO*).

Mais quel est son rôle ? A ce sujet, le Code déontologique du Conseil International des Infirmières (CII), qui compte parmi ses membres l'Association Suisse des Infirmières (ASI), établit les principes suivants :

---

<sup>2</sup> Dans un souci de légèreté du texte, le substantif est au féminin, mais il concerne également les infirmiers.

Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels [...]. Les infirmières fournissent des services de santé à l'individu, à la famille et à la collectivité et coordonnent cette activité avec celle d'autres groupes qui travaillent dans des domaines connexes. (Version révisée de 2006, p.1).

Le Code déontologique du CII (2006), soulève également les **aspects éthiques et déontologiques** reliés à la profession infirmière :

L'infirmière se maintient elle-même en bonne santé de manière à ne pas compromettre sa capacité à dispenser des soins. [...]

L'infirmière fait preuve en tout temps d'une conduite personnelle qui honore sa profession et renforce la confiance du public dans le personnel infirmier. [...]

L'infirmière prend toute mesure nécessaire pour protéger les personnes, familles et communautés lorsque leur santé peut être mise en danger par une collègue ou une autre personne. (p.3).

Il est dès lors difficile d'imaginer qu'elle puisse souffrir d'addiction. Pourtant, d'après Monroe & Kenaga (2010), ce phénomène a été identifié depuis plus de cent ans ; il s'accompagne de quantités de représentations négatives, et parfois erronées, liées à la toxicomanie. (p.2).

Selon Kelly & Mynatt (1990), en 1990, l'abus d'alcool et d'autres drogues aux États-Unis avait atteint des proportions épidémiques. Cette épidémie a conduit à une mobilisation générale contre ce qu'on a appelé *la maladie américaine*. En réponse à cette évolution alarmante, le Congrès américain a adopté la Loi anti-abus de drogues, avec pour objectif une Amérique sans drogue à l'horizon de 1995. Il a d'ailleurs été estimé que 10% à 20% des travailleurs de la santé abusaient d'alcool et d'autres drogues, et que le taux de prévalence de la dépendance aux substances psycho-actives est cinquante fois plus élevé pour les infirmières que pour la population générale. (p. 35).

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009), quant à elle, estime que :

« Par définition, la consommation problématique de substances intoxicantes constitue une menace directe à la prestation de soins infirmiers sécuritaires, compétents, compatissants et

conformes à l'éthique, dans la mesure où elle peut affaiblir les fonctions cognitives et motrices de l'infirmière et nuire à son jugement et à sa capacité de prendre des décisions. » (p.1).

## 2.2. QU'EST-CE QUE L'ADDICTION ? LES CONDUITES ADDICTIVES ?

Selon Reynaud, Parquet & Lagrue (2000), l'**addiction** est une conduite qui repose sur une envie répétée et irrésistible malgré la motivation et les efforts du sujet pour s'y soustraire. (p.15).

Dans le contexte de ce travail, il s'agit d'une addiction à des **substances psycho-actives**. Ces substances, au-delà de leur pharmacologie propre, possèdent des propriétés communes, notamment, celles de pénétrer dans les structures du système nerveux central. (Reynaud, Parquet & Lagrue, 2000, p.12).

C'est cette capacité qui déclenche la (**pharmaco-**)**dépendance**, en perturbant les sécrétions de dopamine. Une fois le comportement de dépendance installé, il reste identique, quelle que soit la substance qui l'a instaurée. Les sujets dépendants le savent, car lorsqu'ils ne disposent plus de leur substance, ils en utilisent d'autres à but anxiolytique. Les auteurs disent également que la plupart des consommateurs sont des poly-consommateurs, soit en même temps, soit séquentiellement (Reynaud, Parquet & Lagrue, 2000, p.14).

Cette définition n'aborde pas le caractère licite ou illicite des substances intoxicantes, L'alcool, par exemple, est souvent chargé de représentations positives, évoquant la fête et la convivialité. Cependant, il est important de préciser que quelque soit le caractère de la substance, elle a un effet sur l'organisme, et en particulier sur le système nerveux central. (Reynaud, Parquet & Lagrue, 2000, p.22).

**L'abus de substances** est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance, les autres, la société. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits. (Reynaud, Parquet & Lagrue, 2000, p. 24).

Mais peut-on dire qu'une infirmière qui consomme de temps à autre une substance intoxicante souffre de **dépendance** ?

Des trois grands types de comportements de consommation, le plus caractéristique est le comportement de dépendance qui se caractérise comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet. Il est habituel de distinguer la dépendance psychique de la dépendance physique. La dépendance psychique est définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit. La dépendance physique, elle, est définie par un besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. (Reynaud, Parquet & Lagrue, 2000, pp.24-27).

Après avoir précisé ces concepts essentiels de la problématique, il est temps de se poser la question de ce qui pousse l'infirmière à consommer des substances intoxicantes. Est-elle exposée à des **facteurs de risque** spécifiques ?

En épidémiologie, un facteur de risque est toute variable liée statistiquement à la survenue d'un évènement. Il s'agit d'une caractéristique individuelle ou collective, associée de manière causale à l'augmentation de l'incidence de la maladie ou à un problème de santé dans une population et par conséquent à l'augmentation de la probabilité d'un développement individuel de la maladie ou d'un problème de santé. (Banque de données en santé publique, 2011).

Dans ce travail de Bachelor, l'auteure cherche à mettre en lumière les facteurs de risque spécifiques à la profession infirmière susceptibles d'induire un processus de dépendance; puis, à traiter des moyens existants qu'il est possible d'exploiter en vue d'améliorer la prise en charge de ce phénomène, y compris en terme de prévention.

### 2.3. QU'EST-CE QUE LA PREVENTION ?

La **prévention** est également une notion importante dans ce travail: l'OMS

[...] a proposé la distinction, aujourd'hui classique, en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

#### La prévention primaire

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations...) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales.

#### La prévention secondaire

La prévention secondaire comprend «tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie». Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

#### La prévention tertiaire

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale. (Soins-Infirmiers.com, 2011).

## **2.4. QUESTION DE RECHERCHE**

Cette thèse de Bachelor, consacrée à la problématique des conduites addictives spécifiques chez l'infirmière, visera donc à répondre à la question de recherche suivante:

**Y a-t-il des facteurs de risque spécifiques à la profession infirmière  
qui peuvent entraîner une addiction,  
et quelles peuvent être les stratégies d'action et de prévention afin  
d'y faire face, au niveau des individus, des équipes, ou des institutions?**

Au vu de la discussion qui précède, il semble que cette question ne soit pas absurde. Le phénomène de dépendance parmi les infirmières est avéré, mais il n'est pas très connu et revêt un aspect tabou. Cependant, ce dernier est susceptible d'influencer de manière significative la qualité des soins. Si un certain nombre de facteurs de risques engendrent ce phénomène, des mesures, notamment des mesures préventives, pourraient être proposées. Ainsi, cette question de recherche s'inscrit dans une démarche d'information, d'action et de prévention à l'attention des membres de la profession infirmière.

### **3. CADRE DE REFERENCE**

#### **LE METAPARADIGME INFIRMIER**

Le métaparadigme présente les concepts centraux d'une discipline de même que les positions qui les relient. Le terme *concept* signifie ici une image mentale alors que le mot *proposition* renvoie à un énoncé visant à définir un concept ou à établir des liens entre les concepts. Les concepts et les propositions qui appartiennent à un métaparadigme sont très généraux et abstraits. Chaque discipline possède son propre métaparadigme. Celui de la discipline infirmière repose sur quatre concepts et quatre propositions. La détermination des concepts du métaparadigme infirmier découle de travaux effectués en Sciences infirmières. Ces quatre concepts sont *la personne, l'environnement, la santé et les soins*. (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317).

#### **3.1. LA FONCTION DU METAPARADIGME INFIRMIER**

Les quatre concepts et les quatre propositions du métaparadigme infirmier indiquent les grands centres d'intérêt de la discipline infirmière. Etant donné que ces concepts et ces propositions représentent le niveau le plus élevé d'abstraction au sein de la structure des sciences infirmières, ils ne sont pas appropriés pour guider directement les activités professionnelles de l'infirmière. Cependant, ils constituent un cadre de référence pour la mission intellectuelle et sociale et la discipline infirmière. (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317).

#### **3.2. LE CONCEPT DE LA PERSONNE**

Il désigne tout bénéficiaire de soins infirmiers, qu'il s'agisse d'un individu, d'une famille ou d'une communauté toute entière. (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317). « La personne est un partenaire actif qui collabore et trouve des solutions à ses problèmes. Les solutions qui améliorent la problématique traversée par la personne proviennent donc de cette dernière, ou du groupe familial, et non de l'infirmière. » (Biro, Dervaux & Pegon, 2005, p. 31).

### **3.3. LE CONCEPT DE LA SANTE**

Le concept de la santé est défini comme un état de bien-être qui peut caractériser tout aussi bien une personne en état de santé optimal qu'un malade en phase terminale. (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317). « La santé est considérée comme la ressource la plus précieuse d'une nation. En ce sens, le maintien en santé des individus n'est pas qu'une préoccupation de la nation mais l'affaire de tout un chacun. » (Biro, Dervaux & Pegon, 2005, p. 31).

### **3.4. LE CONCEPT DES SOINS**

« Le concept des soins se rapporte à la définition des soins, aux actions précises de l'infirmière et à l'évaluation de la démarche de soins. » (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317).

Les soins sont considérés comme des ressources-clés de la santé pour les individus, la famille et l'environnement. L'infirmière, en complémentarité avec les autres acteurs de la santé (équipe multidisciplinaire), porte le projet de promotion de la santé avec comme valeur centrale celui de la santé plutôt que celui de l'entretien de la vie. (Biro, Dervaux & Pegon, 2005, p. 32).

### **3.5. LE CONCEPT DE L'ENVIRONNEMENT**

« Le concept de l'environnement représente les milieux physique et social de la personne. » (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317).

« Il se rapporte tout autant au lieu de résidence de la personne, aux établissements qui lui offrent des services infirmiers, qu'aux personnes qui sont significatives pour elle. La santé est en perpétuelle interaction avec l'environnement et subit ses influences. » (Biro, Dervaux & Pegon, 2005, p. 32).

### **3.6. LES PROPOSITIONS DU METAPARADIGME INFIRMIER**

« La détermination des quatre propositions du métaparadigme infirmier résulte de l'intégration de connaissances provenant de deux articles qui ont joué un rôle déterminant dans le développement des Sciences Infirmières. » (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317)



« La première proposition établit le lien entre les concepts de personne et de santé : la discipline infirmière s'intéresse aux principes et aux lois qui régissent le processus vital, le bien-être et le fonctionnement optimal des êtres humains, malades ou en santé. » (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317).

Dans le cadre de cette thèse de Bachelor, l'auteure s'intéressera donc aux principes et aux lois qui déterminent le processus vital, le bien-être et le fonctionnement des infirmières souffrant d'addiction à une ou plusieurs substances psycho-actives.

« La deuxième proposition précise la relation entre les concepts de personne et d'environnement : la discipline infirmière s'intéresse aux modèles de comportement de l'être humain en interaction avec son environnement dans le cadre d'évènements courants et de situations déterminantes. » (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317).

Dans le cadre de ce travail, l'auteure s'intéressera donc aux modèles de comportement de l'infirmière en interaction avec son environnement dans le cadre d'évènements courants et de situations déterminantes de sa vie professionnelle ou personnelle.

« La troisième proposition fait le lien entre les concepts de santé et de soins : la discipline infirmière s'intéresse aux interventions ou démarches de soins des infirmières qui permettent d'engendrer des modifications positives de l'état de santé. » (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317).

Dans le cadre de ce travail, l'auteure s'intéressera ainsi aux interventions ou aux démarches de soins qui peuvent permettre d'engendrer des modifications positives de l'état de santé des infirmières dépendantes aux substances psycho-actives ou en risque de le devenir.

« Finalement, la quatrième proposition relie entre eux les concepts de personne, d'environnement et de santé : la discipline infirmière s'intéresse à la totalité ou à la santé de l'être humain, reconnaissant que celui-ci interagit de manière continue avec son environnement. » (Provencher & Fawcett, 2002, p. 317).

Compte tenu de ces interactions continues, l'état de santé d'une infirmière importe non seulement pour elle-même, mais aussi pour ses pairs et ses patients. En effet, en cas de conduites addictives d'une infirmière, il y a des répercussions directes sur l'efficacité et la sécurité des soins dispensés par l'ensemble de l'équipe soignante, ainsi que sur l'harmonie du climat de travail.

La question de recherche posée dans cette thèse de Bachelor s'inscrit en pleine harmonie dans le cadre de référence du métaparadigme infirmier, tel qu'il vient d'être exposé.

## **4. METHODE**

La méthode consiste en une démarche, non exhaustive, de revue de littérature.

L'objectif primaire de cette revue de littérature est de mettre en évidence les facteurs de risques spécifiques d'abus de substance et d'addiction / dépendance chez l'infirmière. L'objectif secondaire, découlant de l'objectif primaire, est de découvrir différentes stratégies proposées dans la littérature qui garantissent un accompagnement optimum, tant pour les infirmières présentant une addiction que pour leurs patients.

Le choix des sources scientifiques repose sur des critères d'inclusion, et des critères d'exclusion ; elle requiert la mise en œuvre de stratégies de recherche d'articles sur diverses bases de données informatisées.

### **4.1. LES CRITERES D'INCLUSION**

Articles publiés en langue française et anglaise.

Articles portant sur la profession infirmière.

Articles se penchant sur les facteurs susceptibles d'entraîner un abus de substances et /ou proposant des pistes concrètes sur le terrain professionnel.

Articles publiés de 1990 à aujourd'hui.

Le sujet permet d'être large dans la fourchette de temps car d'une part, dans la littérature actuelle il n'existe pas un grand nombre d'articles à ce sujet; d'autre part, ce phénomène ne paraît pas se modifier notablement au fil des ans, sinon sur la nature des substances consommées. Ainsi, l'auteure pense qu'il est envisageable de transférer les données trouvées dans tout les articles sélectionnés en lien avec la pratique infirmière d'aujourd'hui.

### **4.2. LES CRITERES D'EXCLUSION**

Articles publiés dans une autre langue que le français ou l'anglais pour des raisons de compréhension.

Articles se penchant uniquement sur des professionnels de la santé autres que la profession infirmière.

Articles ne traitant ni des facteurs qui peuvent avoir une influence sur l'abus de substances, ni des pistes envisageables de traitement ou de réhabilitation dans la pratique.

### **4.3. CHOIX DES BASES DE DONNEES INFORMATISEES**

La recherche initiale s'est effectuée sur PubMed-Medline<sup>3</sup> car il s'agit d'une base de données qui propose un large choix d'articles scientifiques. Les mots-clés ont été validés par les descripteurs de cette base de données, mais cette dernière proposait uniquement des articles qui ne correspondaient pas à la question de recherche.

Une seconde recherche a été menée sur la base de données CINAHL<sup>4</sup>, qui s'est avérée elle aussi infructueuse. Effectivement, les articles trouvés sur cette base de données étaient pour la plupart des articles payants ou qui ne correspondaient pas à la question de recherche. L'auteure a alors décidé de ne sélectionner des articles payants que si les autres recherches s'avéraient vaines par la suite. Prise par la contrainte temps et forte d'avoir trouvé d'autres articles lors des recherches suivantes, l'auteure a finalement pris la décision de ne plus revenir sur cette base de données.

Puis, d'autres recherches se sont effectuées via le portail Google Scholar ; ce site a alors renvoyé l'auteure à certaines bases de données pourvues d'articles portant sur la thématique choisie. Google Scholar (renvoyant à la base de données RERO<sup>5</sup>) lui a également permis de trouver un travail de Bachelor effectué en 2009 par Iphigénie Mori, étudiante de la Haute école de Santé à Fribourg, et qui portait sur les abus de substances chez l'infirmière diplômée. La découverte de ce travail a présenté un avantage, notamment en terme de forme du travail. Toutefois, il a été important pour l'auteure de s'en démarquer, afin de ne pas rédiger un travail semblable à ce dernier, mais d'apporter des éléments nouveaux au questionnement, notamment au travers d'un cadre de référence différent. De plus, le travail de Mori ne comporte qu'un seul article du XXI<sup>e</sup> siècle. L'exposé des résultats qu'elle a trouvés est complet, mais ils sont très brièvement exploités. Des modèles d'intervention récents et novateurs, tel que le modèle ATD (alternative-to-discipline) ne sont pas évoqués.

---

<sup>3</sup> PubMed-Medline : Bibliothèque nationale américaine de Médecine, Instituts nationaux de la santé.

<sup>4</sup> CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

<sup>5</sup> RERO = Réseau des bibliothèques de Suisse occidentale

### PubMed-Medline

Mots-clés utilisés: recognizing AND nursing profession

Résultats : 25 articles trouvés

Articles retenus : Aucun

Mots-clés utilisés : nurses AND drugs AND addiction - Résultats : 54 résultats

Article retenu : Kenna, G.A. & Lewis, D.L. (2008)

Mots-clés utilisés : addiction AND nurses - Résultats : 370 résultats

Article retenu : Kelly, M. & Mynatt, S. (1990)

Mots-clés utilisés : substance AND nurses - Résultats : 1'451 résultats

Article retenu : Trinkoff, A.M. & Storr, C.L. (1998)

### Google Scholar

Mots-clés utilisés : conduites addictives ET infirmière

Résultats : 1'620 résultats

Article retenu : Kintz, P., Villain, M., Cirimele, V., Ludes, B. (2002)

Bases de données : EDP Sciences, PubMed

Mots-clés utilisés : substance abuse AND addiction AND nurses

Résultats : 38'200 résultats

Article retenu : Monroe, T. & Kenaga, H. (2010)

Base de données : Wiley online library<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Bibliothèque électronique des Editions John Wiley & Sons, Inc., et sociétés annexes.

#### **4.4. METHODE D'ANALYSE DES ARTICLES SELECTIONNES**

L'auteure de cette thèse de Bachelor a choisi la Grille de Bordage (1989) afin d'analyser les articles qu'elle a sélectionnés ; celle-ci a été adaptée à son usage. Plus de détails sur cette adaptation figurent à l'Annexe I.

#### **4.5. METHODE D'INTERPRETATION DES RESULTATS**

Il est prévu de structurer l'interprétation des résultats à la lumière du métaparadigme infirmier.

## **5. ANALYSE DES ARTICLES DE RECHERCHE**

La littérature scientifique consultée met en évidence cinq articles qui apportent des éléments de réponse à la question de recherche comme suit :

Premièrement, des résultats portant sur les facteurs de risque spécifiques (professionnels ou non professionnels) susceptibles d'engendrer un processus de dépendance à des substances intoxicantes chez l'infirmière.

Deuxièmement, des résultats portant sur les différentes stratégies proposées (individuelles, d'équipe, ou institutionnelles) afin de faire face au phénomène de dépendance à des substances intoxicantes chez l'infirmière.

L'analyse approfondie de chaque article au moyen de la grille de Bordage (1989; adaptée par l'auteure) figure aux Annexes II à VI.

## 5.1. TABLEAUX DE PRESENTATION GLOBALE DES RESULTATS

<b>Référence:</b> Kelly, M. & Mynatt, S. (1990). Addiction among nurses : Does the health care industry compound the problem? <i>Health Care Management Review</i> . 15 (4) 35-42				
Source	Participants	Méthode	Résultats/Outcomes	Conclusion/Commentaires
<p>- Etude descriptive simple</p> <p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déterminer les facteurs environnementaux qui influencent ou non la dépendance.</li> <li>- Déterminer l'existence d'une méthode fiable pour identifier la dépendance.</li> </ul>	<p><b>N=135</b></p> <p>Infirmières participant ou ayant participé à un programme d'aide face aux conduites addictives.</p>	<p>Questionnaire composé de 45 questions qui traitent de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'historique familial</li> <li>- Le parcours professionnel</li> <li>- L'usage de drogues et d'alcool</li> <li>- La dépendance</li> <li>- Le chapardage</li> <li>- Les sanctions</li> <li>- Le traitement</li> <li>- La confrontation/arrestation</li> <li>- Les aspects démographiques</li> </ul>	<p>Les facteurs environnementaux significatifs mis en lumière sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le stress</li> <li>- Les situations de crise</li> <li>- L'infirmière dite « à risque »</li> <li>- L'accès</li> <li>- L'opportunité</li> <li>- Les narcotiques et autres drogues</li> <li>- L'équation SNAO (Stress, Narcotics and other drugs, Access, Opportunity)</li> </ul>	<p><u>Discussion/conclusion :</u></p> <p>Bien que l'infirmière dépendante à des substances intoxicantes soit responsable de ses agissements, son environnement professionnel est susceptible de contribuer au processus de cette dépendance. La hiérarchie doit agir rapidement mais pas de manière répressive. L'équation SNAO peut être un outil efficace dans le cheminement d'une infirmière vers l'addiction.</p> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● L'échantillon sélectionné est plutôt faible par rapport aux effectifs professionnels disponibles</li> <li>● Les éléments mis en évidence comme contribuant à une conduite addictive sont également retrouvés dans d'autres études consultées par les auteurs.</li> </ul>



**Référence:** Kenna, G. A. & Lewis, D. L. (2008). Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 3 (3).

Source	Participants	Méthode	Résultats/Outcomes	Conclusion/Commentaires
<p>- Etude descriptive simple</p> <p><u>But :</u></p> <p>- Analyser les facteurs de risque contribuant à une consommation d'alcool ou de drogue chez les professionnels de la santé.</p> <p><u>N.B.</u></p> <p>* <i>Invincibilité professionnelle = Sentiment de grande confiance en ses propres connaissances professionnelles dans le domaine pharmacologique, en vue d'une automédication.</i></p>	<p><b>N=784</b></p> <p>Professionnels de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 196 Médecins</li> <li>● 188 Infirmières</li> <li>● 186 Pharmaciens</li> <li>● 173 Médecins dentistes</li> </ul>	<p>Formulaire d'auto-évaluation de la consommation d'alcool et d'autres substances intoxicantes durant les dernières années. Il porte sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Substances évaluées</li> <li>- Mode de consommation</li> <li>- Historique familial de la consommation d'alcool et de drogues</li> <li>- Invincibilité professionnelle</li> <li>- Religiosité</li> <li>- Réseau social</li> <li>- Accès aux drogues</li> <li>- Jugements négatifs</li> <li>- Croyances protectrices</li> <li>- Influence de l'environnement professionnel et social sur la consommation personnelle de substances intoxicantes</li> </ul> <p>Analyse des questionnaires au travers du Statical Analysis System (SAS).</p>	<p>Les catégories de risques significatives mises en évidence sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'invincibilité professionnelle*</li> <li>- La consommation</li> <li>- Se faire proposer des substances intoxicantes au sein de son entourage privé ou professionnel</li> <li>- Avoir un réseau social composé de personnes elles-mêmes dépendantes</li> </ul>	<p><u>Discussion/conclusion :</u></p> <p>Un usage modéré d'alcool ou d'une autre drogue est un prédicteur d'une autre consommation de substances intoxicantes. L'offre de substances intoxicantes par des tiers est significatif dans le modèle « conso. vs non conso. » Elle ne l'est plus lorsque la consommation devient importante. Le professionnel de santé qui ne prend aucune substance dans un but de soutien a moins de risques de consommer. Les sujets plus âgés ont deux fois moins de risque de faire état d'une consommation significative de substances intoxicantes. La prévalence atteint son sommet à l'âge adulte.</p> <p><u>Limitations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La combinaison alcool/drogues ne permet pas d'analyser les résultats pour ces deux variantes isolément.</li> <li>● Les participants ont pu sous-évaluer leur consommation même si le questionnaire est anonyme.</li> <li>● Les résultats portent sur les participants d'une seule région. Donc attention à la généralisation.</li> </ul> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Des interventions en vue de la pratique professionnelle sont proposées.</li> </ul>

**Référence:** Kintz, P., Villain, M., Cirimele, V. & Ludes, B. (2002). Conduites addictives en milieu hospitalier : particularités d'un service d'anesthésie. *Annales de Toxicologie Analytique*, 16 (1), 83-89

Source	Participants	Méthode	Résultats/Outcomes	Conclusion/Commentaires
<p>- Etude de cas</p> <p><u>But :</u></p> <p>- Faire le point sur le détournement de substances actives par le personnel soignant dans le cadre d'un service d'anesthésie.</p>	<p><b>N= 4</b> cas</p> <p>d'infirmières et de médecins appartenant à un service d'anesthésie</p> <p>Les auteurs s'appuient sur des recherches précédentes, mais n'en indiquent pas la taille des échantillons sélectionnés.</p>	<p>Les auteurs se basent sur la littérature scientifique qu'ils ont consultée (études menées précédemment)</p>	<p>Les résultats portent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données épidémiologiques</li> <li>- Les produits utilisés</li> <li>- Le profil de consommation</li> <li>- Les implications médico-légales</li> <li>- Les aspects analytiques (analyses biologiques)</li> <li>- La place de l'analyse des cheveux</li> <li>- Les applications judiciaires</li> </ul>	<p><u>Discussion/conclusion :</u></p> <p>Une baisse de vigilance ou quelconque altération du jugement due à une consommation de toxiques chez le professionnel de la santé peut engendrer la mise en péril de la sécurité des patients. Les cheveux ont une place importante ; leur analyse peut formellement démontrer un usage chronique de substances intoxicantes. Les produits les plus fréquemment utilisés à des fins de consommation dans un service d'anesthésie sont le Fentanyl® et le Surfentanyl®.</p> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Le service est très spécifique.</li> <li>● Les données épidémiologiques sont américaines dans une étude qui vise la population des infirmières et médecins français.</li> <li>● L'étude traite des stupéfiants les plus souvent utilisés en service d'anesthésie, ce qui met en lumière une nouvelle catégorie de substances intoxicantes.</li> <li>● Les auteurs s'appuient sur d'autres études sans préciser les échantillonnages de celles-ci.</li> </ul>

**Référence:** Monroe, T. & Kenaga, H. (2010). Don't ask don't tell: substance abuse and addiction among nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 1 (5)

Source	Participants	Méthode	Résultats/Outcomes	Conclusion/Commentaires
<p>- Etude descriptive comparative</p> <p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Illustrer les difficultés rencontrées par les infirmières qui abusent de substances intoxicantes.</li> <li>- Promouvoir un dialogue international sur ce qu'il est possible de mettre en place lorsqu'il y a un processus de dépendance.</li> </ul>	<p><b>N inconnu:</b></p> <p>Les auteurs s'appuient sur des recherches précédentes, mais n'en indiquent pas la taille des échantillons sélectionnés.</p>	<p>Les auteurs font une revue de littérature (études menées précédemment)</p>	<p>L'utilité du paradigme ATD (Alternative-To-Discipline) est avérée. Ce dernier porte sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'aide aux collègues dépendantes en plaidant pour une réhabilitation et non pour une attitude répressive</li> <li>- L'auto-régulation, préférable à une intervention réglementaire disciplinaire</li> <li>- Un système de santé publique orienté vers la prévention</li> <li>- Une politique institutionnelle concernant le phénomène de dépendance des soignants</li> <li>- Des actions visant à la sécurité et au bien-être au travail.</li> </ul>	<p><u>Discussion/conclusion :</u></p> <p>Des éléments essentiels pour une prise en charge optimale de l'infirmière dépendante, mais aussi de ses patients, sont mis en évidence, comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dépistage précoce</li> <li>- L'aide proposée</li> <li>- La reconnaissance de la dépendance</li> <li>- L'évaluation confidentielle de la consommation</li> <li>- Une atmosphère non punitive</li> </ul> <p>Les approches ATD (Alternative-To-Discipline) motivent les infirmières souffrant de toxicodépendance à demander de l'aide.</p> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Les pistes évoquées en vue de la pratique professionnelles sont uniquement orientées vers le dépistage.</li> <li>● Les notions éthiques ne sont pas clairement explicitées.</li> <li>● Les auteurs s'appuient sur d'autres études ; par conséquent, les échantillonnages n'apparaissent pas.</li> </ul>

**Référence:** Trinkoff, A. M. & Storr, C. L. (1998). Substance Use among Nurses: Differences between Specialties. *American journal of public Health*, 88 (4), 581-585

Source	Participants	Méthode	Résultats/Outcomes	Conclusion/Commentaires
<p>- Etude descriptive comparative</p> <p><u>But :</u></p> <p>- Etudier la prévalence de la consommation de substances intoxicantes.</p>	<p><b>N=4438</b></p> <p>Infirmières</p>	<p>Un questionnaire de 8 pages, qui porte sur la consommation passée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cannabis</li> <li>- Cocaïne</li> <li>- Substances sous ordonnance</li> <li>- Alcool</li> <li>- Cigarettes</li> </ul>	<p><u>Taux de conso. le plus élevé toutes cat. confondues :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inf. d'oncologie (42%)</li> <li>● Infirmières de psychiatrie (40%)</li> <li>● Inf. des urgences et soins intensifs (38%)</li> </ul> <p><u>Taux de conso. de cigarettes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inf. de psychiatrie (23%)</li> <li>● Inf. des urgences et de gériatrie (18%)</li> </ul> <p><u>Taux de conso. de cannabis et de cocaïne le plus élevé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inf. des soins intensifs pédiatriques et des urgences</li> <li>● Inf. des soins intensifs adultes</li> </ul> <p><u>Taux de conso. excessive d'alcool :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inf. d'oncologie</li> <li>● Inf. des urgences</li> <li>● Inf. des soins intensifs</li> </ul> <p><u>Taux de conso. de drogues sous ordonnance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infirmières d'oncologie</li> <li>● Inf. de psychiatrie</li> <li>● Inf. de réhabilitation</li> </ul>	<p>Le taux moyen de consommation des infirmières est sensiblement le même que celui de la population générale.</p> <p>Il y a concordance des taux de consommation entre spécialisations chez les médecins et infirmières. Les infirmières qui travaillent dans des services de soins aigus présentent un taux de consommation plus important. A ce sujet, plusieurs aspects entrent en compte comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mort fréquente des patients</li> <li>- la rapidité d'intervention requise,</li> <li>- la fréquence des imprévus,</li> <li>- le rapport aux médicaments, leur accessibilité.</li> </ul> <p>Les infirmières d'oncologie ont le taux le plus important de consommation d'alcool ; ceci pourrait être en lien avec un besoin important de se distancer des situations professionnelles afin d'en limiter l'impact émotionnel.</p> <p>Les infirmières de psychiatrie sont orientées sur la pharmacologie ; elles seraient plus sujettes à la consommation de substances intoxicantes par automédication.</p> <p><u>Limitations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Possible sous-évaluation de la consommation de substances intoxicantes.</li> <li>● Etude transversale (pas d'évaluation dans la durée).</li> </ul> <p><u>Commentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Résultats appuyés par d'autres recherches.</li> <li>● Des pistes concrètes en vue de la pratique professionnelle sont présentées.</li> </ul>

## **6. SYNTHÈSE : POINTS-CLES PARMIS LES RÉSULTATS**

### **6.1. TYPES ET QUANTITÉS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES CONSOMMÉES**

Dans la recherche de Kintz, Villain, Cirimele & Ludes (2002), qui se penche sur les particularités d'un service d'anesthésie, les résultats démontrent que les deux substances les plus utilisées sont le Fentanyl® et le Surfentanyl®. (p.85).

Dans la recherche de Kelly & Mynatt (1990), quantité de participantes manifestent une poly-addiction (addiction à plus d'une substance). 30% des consommatrices déclarent avoir été dépendantes à la marijuana et à la cocaïne, 80% aux narcotiques, et 51% à l'alcool. La meperidine, appelée péthidine en français, est commercialisée sous les noms de Demerol® aux USA, de Dolantine® en Belgique, de Dolosal® en France. Cet opiacé est la substance la plus couramment dérobée: 65% des vols selon Kelly & Mynatt. Quant au diazépam ou Valium®, il est dérobé par 35% des participantes. Le pourcentage total des substances subtilisées atteint plus de 100%, ce qui indique que certaines personnes subtilisent plus d'une substance intoxicante.

Concernant la quantité de substances dérobées par jour, 31% des participants déclarent dérober 1 à 2 doses par jour; 16% déclarent dérober 3 à 4 doses; et 29%, plus de 4 doses par jour. La fréquence de consommation est évaluée ainsi : quotidiennement, 52% ; à fréquence hebdomadaire, 8% ; bimensuellement, 7% ; et à une fréquence qui n'est pas répertoriée dans le questionnaire, 8%. (p.38).

### **6.2. FACTEURS DE RISQUE SPÉCIFIQUES FAVORISANT L'ADDICTION**

#### **6.2.1. L'âge**

Il a été démontré par Kenna & Lewis (2008) que les infirmières plus âgées consomment moins de substances intoxicantes.

#### **6.2.2. Des antécédents personnels et familiaux d'abus de substances**

60% des participantes à l'étude de Kelly & Mynatt (1990) indiquent avoir conscience que leurs parents souffrent d'une consommation excessive d'alcool ou de drogue. Des antécédents familiaux de dépression ont également été soulevés par 41% des participantes.

Lorsque les auteures ont posé la question suivante aux participantes : « Quelle a été votre première expérience et quelles substances intoxicantes avez-vous pris ? », 70% ont indiqué avoir expérimenté plusieurs combinaisons de substances intoxicantes avant d'être engagées comme infirmière. Cela démontre que certaines infirmières étaient déjà dépendantes à certaines substances intoxicantes avant d'entrer dans la profession. Plus de 50% des participantes déclarent se sentir au quotidien mal aimées, dans l'incapacité d'être aimées, non désirées, impuissantes et désespérées. Pour les auteures, ces facteurs sont également significatifs dans le processus de dépendance. (p.40).

### **6.2.3. Un vécu de crise(s) personnelle(s)**

47% des participantes à l'étude Kelly & Mynatt (1990) évoquent des situations de crises familiales, autres que des problèmes conjugaux. La pression exercée par les pairs semble aussi influencer la consommation de substances intoxicantes pour 17% des infirmières participantes. D'autres situations de crises, comme les abus sexuels, ont été rapportées par trois participantes. Par ailleurs, 27% des participantes se considèrent comme étant en mauvaise état de santé. (p.37).

### **6.2.4. L'invincibilité professionnelle**

L'invincibilité professionnelle peut se définir par le Sentiment de grande confiance en ses propres connaissances professionnelle dans le domaine pharmacologique, en vue d'une automédication. A ce sujet, Kenna & Lewis (2008) ont posé la question suivante aux participantes par le biais de leur questionnaire : « Veuillez indiquer le degré de confiance que vous portez à vos connaissances pharmacologiques ». La majorité des participantes indiquent croire en leurs connaissances pharmacologiques en vue d'une automédication, sans se préoccuper des conséquences sur leur santé, notamment concernant le risque de dépendance. (p.2).

### **6.2.5. Les spécialisations stressantes**

D'après Trinkoff & Storr (1998), exercer la profession infirmière dans certains services spécifiques de soins peut être un facteur de risque de consommation. De plus, dans ces services, il y a concordance des taux de consommation entre spécialisations chez les médecins et infirmières. Plusieurs aspects rentrent en compte comme :

- le fait d'être confronté à la mort
- la rapidité d'intervention
- les imprévus auxquels il faut faire face
- ainsi que l'accessibilité aux drogues

Selon Kelly & Mynatt (1990), **le stress lié à l'environnement professionnel** est un facteur contribuant à la consommation de substances intoxicantes. D'après cette recherche, 56% des participantes le décrivent comme étant un facteur important (p.38).

Parmi les infirmières qui consomment le plus de substances intoxicantes, on trouve en première ligne les infirmières d'**oncologie** (42%). Les auteures émettent l'hypothèse que ces dernières ont un besoin important de se distancer des situations professionnelles qu'elles vivent avec leurs patients, afin d'en limiter l'impact émotionnel. En deuxième ligne, arrivent les infirmières de **psychiatrie** (40%). Trinkoff & Storr pensent qu'elles sont davantage sujettes à développer une consommation de substances intoxicantes par automédication, en lien avec l'aspect pharmacologique très développé au sein de ce type de services de soins. Finalement, ce sont les infirmières des **services d'urgences** ainsi que les infirmières des **soins intensifs adultes** (38% dans les 2 cas) qui arrivent au troisième rang. (p. 583).

Kelly & Mynatt (1990) affirment dans leur recherche que la médecine et la chirurgie sont les unités identifiées où il est le plus facile de subtiliser des substances intoxicantes (21%). Les soins intensifs arrivent en seconde position (20%), suivis des autres services, non spécifiés, pris globalement (10%), des urgences (5%), puis de l'obstétrique et des unités psychiatriques (3% chacune) (p.37).

#### **6.2.6. La disponibilité et le manque de contrôle des substances psycho-actives**

Dans la recherche de Kelly & Mynatt (1990), les commentaires des participantes suggèrent que **l'abondance de substances psycho-actives** accessibles sur le lieu de travail et **le manque de contrôles** vis-à-vis de celles-ci, facilitent les vols. Plusieurs méthodes sont utilisées afin de dérober des substances intoxicantes: déclarations d'erreurs d'administration de substances destinées aux patients (par 57% des participantes); substitution par des solutions salines (36%); demande injustifiée d'ordonnances supplémentaires (25%); et altération des emballages (22%). D'autres moyens de détournement sont également employés, tels que détourner des substances après les avoir

signalées comme perdues, valider des médications qui n'ont pas été données, et même voler une boîte entière de médicaments (stupéfiants par exemple), puis de déchirer la feuille de contrôle (p.39).

La subtilisation ainsi que la consommation peuvent se produire uniquement s'il existe des possibilités de le faire. Kelly & Mynatt (1990) attestent que deux-tiers (69%) des infirmières qui souffrent de dépendance à des substances intoxicantes consomment durant leur service, et que 60% d'entre elles consomment au moins quatre fois par jour.

72% des infirmières conservent les drogues dérobées sur elles-mêmes, et 30% dans leur porte-monnaie. 8% des infirmières dépendantes utilisent leur casier personnel en vue de stocker les substances intoxicantes; et 12% consomment dans leur véhicule. Aucune des infirmières participant à la recherche n'a indiqué se servir d'un complice en vue de dérober des substances intoxicantes.

En principe, la direction est perçue comme si éloignée des services de soins que 85% des infirmières qui souffrent de dépendance à des substances intoxicantes n'éprouvent jamais la peur d'être soupçonnées par celle-ci. (p.39).

### **6.3. UN MODELE EXPLICATIF AUX CONDUITES ADDICTIVES: L'EQUATION SNAO (STRESS, NARCOTICS AND OTHER DRUGS, ACCESS, OPPORTUNITY)**

L'équation du facteur « stress, narcotiques et autres drogues, accessibilité et opportunité » est un modèle développé qui argumente la potentielle influence de ces quatre facteurs sur la consommation de substances intoxicantes par les professionnels de la santé. Le processus est décrit par Kelly & Mynatt (1990) comme suit : une infirmière sensibilisée physiquement et émotionnellement (dite à risque) est amenée à vivre une situation de crise. Cette dernière se rend au travail et est alors plongée dans un environnement stressant. Elle sera alors potentiellement amenée à consommer des substances intoxicantes dans le but de diminuer l'impact de ses problèmes. La liberté qui lui est offerte dans la distribution des médicaments à ses patients, associée à des contrôles approximatifs, favorise l'accès aux substances intoxicantes et l'opportunité de détourner ces dites substances. L'infirmière se trouve alors "piégée", et c'est à ce moment-là qu'elle est le plus susceptible de développer des comportements inadéquats. Si ces comportements ne sont pas détectés, l'infirmière entre dans un processus de dépendance en cascade (p.39).



#### 6.4. UNE STRATEGIE D'INTERVENTION INNOVANTE: LE MODELE ATD OU MODELE "ALTERNATIVE-TO-DISCIPLINE"

Selon Monroe & Kenaga (2010), le modèle Alternative-to-Discipline (qui signifie littéralement "alternative à la discipline") a été développé aux Etats-Unis par l'Association américaine des Infirmières dans les années 1980. Il se décline en quatre principes :

- Premièrement, le modèle ATD prône **l'aide** aux collègues qui souffrent de dépendance à des substances intoxicantes, en plaidant pour une réhabilitation et non pour une attitude répressive.
- Deuxièmement, il plaide pour **l'autorégulation**, qui est préférable à une intervention réglementaire disciplinaire. Les infirmières doivent être capables d'identifier les signes et symptômes liés à la dépendance. Dans la plupart des Etats (USA), ces dernières sont même tenues de faire un rapport concernant la dépendance présumée d'un(e) collègue. A ce sujet, les auteurs rédigent un tableau des attitudes susceptibles d'être associées avec un abus de substances intoxicantes. Concernant la qualité de la présence au travail, une attitude suspecte pourrait se traduire par des absences répétées pour cause de maladie, des accidents fréquents, des voyages réguliers en salle de pause, des plaintes physiques ou encore par des pauses qui durent plus longtemps que le temps en principe accordé. Pour les aspects qui concernent la performance au travail, une attitude suspecte pourrait se traduire par de la négligence, des réactions démesurées face à la critique d'autrui, des troubles de la mémoire, ou encore par de la distraction. En lien avec l'utilisation de substances contrôlées (stupéfiants par exemple), des soupçons peuvent être éveillés par des patients qui se plaignent de douleurs hors proportions, au vu du traitement qui leur a été prescrit; par des erreurs de médication plus fréquentes; par une attitude défensive lorsqu'il y a questionnement au sujet de ces erreurs de médication; ou encore par le fait qu'une infirmière attende d'être seule pour signer les fiches de contrôle des stupéfiants. Finalement, le tableau recense les comportements laissant supposer consommation possible de substances intoxicantes par une collègue. Ces comportements suspects pourraient se traduire aussi par un manque d'hygiène, de la somnolence, des propos incohérents, une irritabilité fréquente avec les pairs, ou encore par une tenue professionnelle inappropriée.

- Troisièmement, le modèle ATD appelle de ses vœux un système de santé soutenu par **la prévention**. Effectivement, ce phénomène qui revêt un aspect tabou, devrait être abordé dès les premières années de formation en école d’infirmières. Ensuite, lors de la pratique sur le terrain, la prévention devrait rester une notion essentielle au sein des services de soins.
- Quatrièmement, le modèle ATD milite pour une politique institutionnelle ainsi que des actions qui favorisent **la sécurité et le bien-être sur le lieu professionnel**.

Les chercheurs pensent que les programmes ATD sont efficaces afin d’aider les infirmières qui abusent de substances intoxicantes à se remettre de leur dépendance. Par exemple, Geiger & Smith (2003, cités par Monroe & Kenaga, 2010) constatent que les programmes ATD engendrent 75% de diminution des contraintes liées à cette problématique (par ex. quand une infirmière se retrouve dans l’incapacité de souscrire un contrat d’assurance maladie ou de responsabilité civile, alors que cela lui est imposé pour être autorisée à pratiquer sa profession). Cette approche aide l’infirmière qui souffre de dépendance à des substances intoxicantes à entrer dans un processus de réhabilitation et à résister aux rechutes. D’autres chercheurs affirment également que les meilleurs résultats s’obtiennent au travers des encouragements qu’un employeur peut témoigner à son employé: encouragements à débiter une thérapie, un traitement – par opposition à l’application stricte de la discipline, de mesures punitives, sans autre accompagnement.

La participation aux programmes ATD semble être le meilleur procédé pour garder les professionnels dans la profession infirmière, qui souffre actuellement d’une grave pénurie de praticiens. Par exemple, Haak & Yokom (2002, cités par Monroe & Kenaga, 2010) ont constaté que quatre infirmières sur cinq ayant participé à un programme ATD situé en Floride, étaient retournées dans la pratique. Dans une autre recherche (Smith & Huges, 1996, cités par Monroe & Kenaga, 2010), des infirmières ont déclaré que le soutien dont elles avaient pu bénéficier durant le programme ATD était le facteur le plus important dans leur réinsertion professionnelle (pp. 2-3).

## **7. INTERPRETATION – DISCUSSION DES RESULTATS**

Contrairement aux affirmations de Kelly & Mynatt (1990, p. 35), il apparaît finalement que **le pourcentage des infirmières qui souffrent de dépendance n'est pas supérieur à celui retrouvé dans la population générale. En revanche, il y a un risque accru de conduites addictives pour certains groupes d'infirmières travaillant au sein de services spécifiques, constituant un environnement de travail stressant.**

Ce risque est encore renforcé s'il existe une vulnérabilité personnelle: situations de crises, vécu traumatique, mauvaise santé physique ou psychiques, familiarité préalable avec les substances intoxicantes.

Bien qu'il semble démontré que les infirmières plus âgées consomment moins de substances intoxicantes, l'auteure de cette thèse de Bachelor en suppose la raison suivante: en Amérique du Nord les infirmières plutôt jeunes qui souffrent de conduites addictives sont fréquemment rayées de l'Ordre infirmier, et ne peuvent plus exercer leur profession; ou alors qu'elles ont développé, au fil des ans et de l'addiction, des séquelles et d'autres maladies les empêchant de revenir dans l'exercice professionnel.

### **7.1. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE**

Bien que l'auteure se soit basée sur des résultats de recherche provenant principalement d'Amérique du Nord, des perspectives en vue de la pratique professionnelle peuvent être imaginées sur le continent européen.

A ce sujet, un groupe d'action en matière d'addiction et d'alcoolisme (Graal) qui intervient dans le cadre des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) traite de la question au travers d'une interview effectuée par Iphigénie Mori dans le cadre de son article publié dans la revue *Soins Infirmiers* en avril 2011. Ce groupe vise à supprimer les tabous qui entourent la maladie et la dépendance auprès des employés de ces hôpitaux. La direction des soins infirmiers des HUG est partenaire du Graal. Ainsi, les cadres infirmiers doivent suivre de manière obligatoire une formation d'une journée afin d'acquérir une meilleure compréhension de la maladie de la dépendance et de se former à la gestion des problèmes liés à l'addiction sur le lieu de travail. Le Graal propose un programme d'accompagnement pour l'infirmière dépendante à des substances intoxicantes. Cette dernière a alors la garantie de garder son travail, pour autant qu'elle accepte de signer le contrat Graal. Elle est alors suivie par un addictologue et doit faire preuve d'abstinence pendant deux ans.

Elle sera également accompagnée par une infirmière. Ce programme permet à la moitié des collaborateurs pris en charge de maintenir leur emploi et d'améliorer leur santé. (p.44).

Comme l'écrit Mori (2011), d'excellents résultats peuvent être obtenus avec les professionnelles qui souffrent de dépendance à des substances psycho-actives si leur problème est identifié à temps, et si on leur garantit que leur droit au travail est maintenu. Il est important que celles-ci puissent compter sur un environnement professionnel qui les soutienne dans leur processus de guérison. En tant que collègue d'une infirmière qui souffre d'addiction, il est important de ne pas se sentir embarrassée, mais de s'encourager à parler ouvertement et à agir de manière responsable en fonction de la situation. Un dépistage précoce évite la dégringolade sociale et garantit la sécurité des patients.

L'hôpital universitaire (CHU) de Zurich a élaboré depuis plusieurs années une démarche qui se base sur cinq principes fondamentaux : pas de tabou, pas de punition, pas de pitié, pas de drame, mais une coresponsabilité. Parce que c'est une maladie, il ne s'agit pas de chercher des coupables, mais bien des solutions à une situation qui n'est pas sans issue. (p.45).

Ces deux approches, celle des HUG et celle du CHU de Zurich, s'inscrivent clairement dans une approche ATD.

## **7.2. PERSPECTIVES POUR LA FORMATION ET LA RECHERCHE**

Le peu, voire l'absence d'études disponibles sur des échantillons européens ou francophones interpelle. Dans nos pays, une sensibilisation des étudiants en Soins infirmiers paraît incontournable pour la prévention de futures conduites addictives. De même, les chercheurs en soins infirmiers ont là aussi une riche domaine d'études et d'interventions qui mérite d'être exploré avec toute la rigueur scientifique requise.

## **7.3. LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE**

Pour l'auteure de cette thèse de Bachelor, la principale limite relève du caractère non exhaustif de cette revue de littérature. De plus, la majorité des articles retenus étaient en anglais: ceci a nécessité un travail de traduction qui a probablement entraîné quelques interprétations non souhaitées. En lien avec la langue, l'auteure est sensible au fait que le choix des mots-clés a pu être biaisé, la recherche dans les bases de données s'étant effectuée également en anglais. Puis, étant donné que la plupart des recherches ont été

menées en Amérique du Nord, il faut tenir compte des différences culturelles et sociétales propres à celle-ci. En effet, la politique de soins diffère passablement entre les continents américain et européen ; la politique de soins américaine concernant les conduites addictives chez l'infirmières est dans plusieurs Etats extrêmement punitive, contrairement à la Suisse.

## 8. CONCLUSION

L'auteure de cette thèse de Bachelor a pu confirmer qu'il existe des facteurs de risque spécifiques liés à la profession d'infirmière, qui sont susceptibles d'entraîner une addiction. Ces facteurs de risque sont liés à la spécialité choisie pour l'exercice professionnel. Chaque service de soins implique différents impacts psychiques ou physiques qui engendrent une certaine charge émotionnelle ou un certain stress. Effectivement, il a été démontré que le stress est un facteur significatif en vue de la consommation de toxiques, et qu'il se ressent aussi bien dans le cadre professionnel que dans le privé.

A ce sujet, l'auteure de cette thèse de Bachelor a d'ailleurs pu mettre en lien le caractère d'interrelation entre ces deux domaines, professionnel et privé. Ce lien trouve racine dans le choix propre à un individu de devenir soignant. Wenner (1988) a mis en évidence qu'un tel choix est couramment motivé par des mécanismes, le plus souvent inconscients, de réparation: réparation de négligences ou de souffrances vécues, au cours de l'enfance ou de l'adolescence, par des proches, ou par le soignant lui-même. Dans ce dernier cas de figure, le besoin de réparation va souvent de paire avec une faible image/estime de soi. Ainsi, on peut en déduire que les facteurs de risques explicités dans le cadre de ce travail, qu'ils soient d'origine personnelle ou professionnelle, ont en définitive un lien spécifique avec la profession d'infirmière. Par ailleurs, du fait de maîtriser des connaissances au sujet des médicaments et de la pharmacologie, les infirmières redoutent moins les conséquences liées à un abus de consommation de substances intoxicantes.

En ce qui concerne la nature des substances intoxicantes utilisées, l'auteure a pu constater au travers de son travail, que le tiers des infirmières qui consomment des substances intoxicantes manifestent une poly-addiction. La moitié d'entre elles déclarent également se sentir mal aimées et désespérées au quotidien. En ce sens, l'auteure fait le lien avec la situation critique d'un collègue décrite dans l'introduction et les résultats explicités dans la littérature consultée.

Toutefois, malgré les études trouvées sur ce sujet, les conduites addictives chez l'infirmières ont finalement peu été investiguées, en tout cas récemment, et notamment sur le continent européen. Elles mériteraient davantage d'attention au vu de l'ampleur de cette problématique. Un système de prévention qui commence dès le début des études en école

d'infirmières est un moyen efficace de lutte contre ces conduites. Malheureusement, il n'est pas encore au programme en Suisse. Cette thèse de Bachelor a tout de même permis de mettre en évidence un certain nombre de stratégies possibles à adopter sur le terrain afin de lutter contre ce phénomène. Les stratégies "de soutien compréhensif", telles que le modèle ATD, ont démontré leur plus grande efficacité, par rapport aux approches punitives. Mais il ne suffit pas qu'elles existent dans une institution: encore faut-il que les procédures qu'elles impliquent soient largement connues et aisément accessibles à chaque membre des équipes soignantes, pour lui-même comme pour venir en aide à un collègue. Tel n'était pas le cas quand l'auteure s'est trouvée confrontée pour la première fois au problème. Au sein du système de santé, la publicité indispensable pour promouvoir des approches soutenantes en faveur du personnel souffrant d'addiction doit s'inscrire dans une réflexion générale d'ajustement des pratiques à l'éthique et à la déontologie des Soins.

## LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Banque de données en santé publique. (28 juin 2011). *BDSP – Glossaire Européen en Santé Publique*. [Page Web]. Accès le 4 juillet 2011 <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
- Birot, P., Dervaux, M.-P. & Pegon, M. (2005). Méthodologie, le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 31-32
- Conseil international des infirmières (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. [Brochure]. Genève : Conseil international des infirmières
- Geiger, J. & Smith, L. (2003). Nurses in recovery: the burden of life problems and confidence to resist relapse. *Journal of Addictions Nursing*. 14 133-137
- Haack, M. & Yocom, C. (2002). State policies and nurses with substance use disorders (profession and society). *Journal of Nursing Scholarship*. 34 89-94
- Infirmiers.com. (15 juin 2011). *Historique de la profession infirmière*. [Page Web]. Accès le 29 juin 2011 <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>
- Kelly, M. & Mynatt, S. (1990). Addiction among nurses: Does the health care industry compound the problem? *Health Care Management Review*. 15 (4) 35-42
- Kenna, G. A. & Lewis, D. L. (2008). Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 3 (3). Accès le 2 mars 2011 <http://www.substanceabusepolicy.com/content/3/1/>
- Kintz, P., Villain, M., Cirimele, V. & Ludes, B. (2002). Conduites addictives en milieu hospitalier : particularités d'un service d'anesthésie. *Annales de Toxicologie Analytique*, 16 (1), 83-89
- Monroe, T. & Kenaga, H. (2010). Don't ask don't tell: substance abuse and addiction among nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 1 (5)
- Mori, I. (2009). *Abus de substances chez l'infirmière diplômée : Identifier les facteurs de risque environnementaux et limiter leur impact*. Bachelor Thesis en Soins infirmiers, Fribourg, Haute École de la Santé
- Mori, I. (2011). Ni punition ni pitié, mais des solutions responsables. *Soins Infirmiers*, 4, 42-45
- Organisation Mondiale de la Santé – OMS/WHO (2002). *The Nursing and Midwifery programme at WHO*. Genève: OMS.
- Provencher, H. & Fawcett, J. (2002). Les sciences infirmières : une structure épistémologique. In O. Goulet & C. Dallaire (Dir.). *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (pp.315-335). Boucherville : Gaëtan Morin
- Reynaud, M., Parquet, P.-J. & Lagrue, G. (2000). *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Editions Odile Jacob



Smith, L. & Hughes, T. (1996). Re-entry: when a chemically dependent colleague returns to work. *American Journal of Nursing*, 96, 32-37

Soins-Infirmiers.com. (28 août 2008). *La prévention de la santé selon l'OMS*. [Page Web]. Accès le 6 juillet 2011 [http://www.soins-infirmiers.com/prevention\\_de\\_la\\_sante.php](http://www.soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php)

Trinkoff, A. M. & Storr, C. L. (1998). Substance Use among Nurses: Differences between Specialties. *American journal of public Health*, 88 (4), 581-585

Wenner, M. (1988). *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris : Lamarre-Poinat

## LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2009). *Consommation problématique de substances intoxicantes par les infirmières*. [Énoncé de position]. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada

Bordage, G. (1989). Considerations on preparing a paper for publication. *Teaching and Learning in Medicine*, 1 (1), 47-52

Bréaud, A. (2007). *Bases de Données et Catalogues de Bibliothèques*. [Brochure]. Lausanne : HECVSanté

Centre de documentation de la HECVSanté & Centre de Documentation de la Haute École de la Santé La Source (2009). *Guide pour la présentation des citations, des listes de références bibliographiques et des listes bibliographiques*. [Brochure]. Lausanne : HECVSanté & Haute École de la Santé La Source

Goulet, O. (1993). *La profession infirmière. Valeurs, enjeux, perspectives*. Boucherville : Gaëtan Morin

## **ANNEXES**

### **MODELE DE GRILLE DE LECTURE & GRILLES DE LECTURE DES ARTICLES ANALYSES**

#### **ANNEXE I:**

Modèle de grille de lecture critique d'articles scientifiques adaptée par l'auteure à partir de la Grille de Bordage (1989)

#### **ANNEXE II:**

Kelly, M. & Mynatt, S. (1990). Addiction among nurses: Does the health care industry compound the problem? *Health Care Management Review*. 15 (4) 35-42

#### **ANNEXE III:**

Kenna, G. A. & Lewis, D. L. (2008). Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Substance abuse treatment, prevention and policy*, 3 (3)

#### **ANNEXE IV:**

Kintz, P., Villain, M., Cirimele, V. & Ludes, B. (2002). Conduites addictives en milieu hospitalier : particularités d'un service d'anesthésie. *Annales de Toxicologie Analytique*, 16 (1), 83-89

#### **ANNEXE V:**

Monroe, T. & Kenaga, H. (2010). Don't ask don't tell : substance abuse and addiction among nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 1 (5)

#### **ANNEXE VI:**

Trinkoff, A. M. & Storr, C. L. (1998). Substance Use among Nurses: Differences between Specialties. *American journal of public Health*, 88 (4), 581-585

## **ANNEXE I**

### **Modèle de grille de lecture critique d'articles scientifiques adaptée par l'auteur de la Grille de Bordage (1989)**

#### **1. Titre, auteurs**

Le titre correspond exactement à l'étude rapportée; le titre n'est pas trompeur.

Le titre est clair et concis et met bien en valeur le contenu de l'étude; il sert à capter l'intérêt du lecteur.

#### **2. Type d'étude**

Décrit le type d'étude dont il s'agit.

#### **3. Composantes de l'étude**

Le but de l'étude (vs celui de l'article) est clairement énoncé c'est-à-dire la question, les objectifs ou les hypothèses de recherche.

Il y a rappel des principales données connues sur le sujet; la relation entre le problème mis à l'étude proposée est claire.

La revue de la littérature fournit un cadre théorique et méthodologique au problème à l'étude.

Les allusions aux données connues sont accompagnées de références bibliographiques appropriées.

Les concepts (variables) importants sont clairement définis.

L'importance ou la pertinence du sujet est clairement établie par rapport à la littérature et au milieu.

Le plan général de l'étude est clairement présenté.

#### **4. Ethique**

Vérification du respect des règles d'éthique par les auteurs.

## **5. Population**

Population traitée au sein de l'étude ou de l'échantillonnage sélectionné.

## **6. Matériel et méthodes**

Les variables choisies pour l'étude sont décrites clairement et sont appropriées compte tenu de la question posée.

Le plan de recherche (ex. comment le chercheur entend s'y prendre pour répondre à la question de recherche) est décrit en détail, soit directement ou par références à la littérature.

Le plan de recherche est approprié compte tenu de la question posée; le plan ne présente pas de faiblesses particulières: explications autres que celles contrôlées par les chercheurs, présence de biais, etc.

Les instruments de mesure sont clairement décrits ou documentés, y compris leurs qualités psychométriques:

- validité : mesure réellement ce qu'il doit mesurer;
- et fiabilité : mesure les mêmes caractéristiques avec constance.

La population visée, les sujets (échantillon) et la méthode d'échantillonnage sont clairement décrits; la taille de l'échantillon est adéquate.

La procédure de collecte des données est clairement décrite.

Le milieu où le contexte où s'est déroulée l'étude est clairement décrit.

Les méthodes d'analyse statistique sont clairement énumérées.

Les méthodes d'analyse statistique sont appropriées.

## **7. Résultats**

Les énoncés de résultats sont accompagnés de données précises.

Les tableaux et les figures sont utilisés efficacement (ni trop, ni trop peu); on évite de reprendre dans le texte le contenu intégral des tableaux et des figures.

Le contenu et la forme des tableaux et des figures sont bien présentés; on a évité les longues listes de données brutes.

La section se limite à la présentation stricte des résultats et ne contient pas d'opinion ni de discussion.

## **8. Discussion et conclusion**

La discussion fait bien ressortir tous les éléments discutables de l'étude (les plus et les moins).

La discussion porte sur les résultats de l'étude et non sur un autre sujet.

La discussion ou la conclusion fait le lien entre les résultats obtenus et l'état des connaissances décrits dans la revue de la littérature. Les conclusions énoncées sont en accord avec l'étude faite c'est-à-dire qu'ils ne dépassent pas les limites de l'étude (compte tenu de l'échantillon et des instruments de mesure utilisés et des résultats obtenus).

## **9. Critique**

Les différentes sections de l'article sont clairement identifiées et leur contenu est en accord avec le titre de la section. La terminologie est uniforme tout au long de l'article (y compris les abréviations et les unités de mesure). Le ton de l'article est à la portée de l'auditoire visé et dénote une attitude rigoureuse.

Le style est clair et agréable à lire; il n'y a pas de fautes d'orthographe.

## **Référence bibliographique:**

Bordage, G. (1989). Considerations on preparing a paper for publication. *Teaching and Learning in Medicine*. 1 (1). 47-52.

## ANNEXE II

<b>Référence bibliographique</b>	<p>Kelly, M. &amp; Mynatt, S. (1990). Addiction among nurses: Does the health care industry compound the problem? <i>Health Care Management Review</i>. 15 (4) 35-42</p> <p>USA</p>
<b>Type d'étude</b>	<p>Etude descriptive simple.</p> <p>Profession des auteures : respectivement manager de sécurité pour l'hôpital pédiatrique St. Jude à Memphis, Tennessee et Professeure à l'Université de Memphis, Tennessee.</p>
<b>Composantes de l'étude : question - but - hypothèse</b>	<p>Le but de cette étude est de déterminer si des facteurs environnementaux (professionnels) influencent ou non la dépendance aux substances intoxicantes. Elle a également pour but de déterminer s'il existe une méthode fiable afin d'identifier la dépendance chez l'infirmière.</p>
<b>Ethique</b>	<p>L'identité des personnes questionnées (infirmières) n'est pas connue. Ces dernières ont été sélectionnées par des coordinateurs de centres régionaux d'assistance. Elles ont alors toutes reçu une lettre d'approbation de la part du directeur du programme général d'assistance aux infirmières. Leur participation doit être volontaire.</p>
<b>Population</b>	<p>135 infirmières participant ou ayant participé à un programme d'aide face aux conduites addictives.</p> <p>77 infirmières ont répondu au questionnaire envoyé (60 femmes et 16 hommes).</p> <p>71% sont de type caucasien, 23% de type noir, 4% de type amérindien et 1% de type hispanique.</p> <p>42% des participants sont mariés, 36% sont divorcés, 22% sont célibataires, séparés ou veufs. Moyenne d'âge = 32 ans.</p> <p>Services les plus évoqués : service de médecine et de chirurgie.</p>
<b>Matériel et méthode(s)</b>	<p>Le questionnaire est envoyé à 135 infirmières participant ou ayant participé à un programme d'aide (Tennessee) aux infirmières présentant des conduites addictives. Avant son envoi, le questionnaire a été examiné par plusieurs spécialistes appartenant au domaine de la dépendance. Il est composé de 45 questions (choix multiples,</p>

	<p>questions ouvertes et fermées). Elles traitent de l'historique familial, du parcours professionnel, de l'usage d'alcool ou de drogues, de la dépendance, du détournement des substances (médicaments), du chapardage, des sanctions, du traitement, de la confrontation ou de l'arrestation ainsi que des aspects sociologiques.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p><u>Le stress</u> : les infirmières dépendantes sont stressées par le fait que leur addiction soit découverte ; elles ont peur que cela entraîne une répression et non de l'aide.</p> <p><u>Les situations de crises</u> : Les situations de crises contribuent à l'abus de substances intoxicantes, notamment le stress au travail (56%) ou encore les problèmes familiaux (47%). 16% des infirmières ont même révélé avoir partagé des médicaments subtilisés avec d'autres collègues.</p> <p><u>L'infirmière dite « à risque »</u> : Certaines infirmières (60%) disent connaître des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues par problématique familiale. De la dépression familiale a été exprimée chez des participants (41%), d'autres estimaient que leur état de santé n'était pas bon (27%). Plus de 50% des infirmières indiquent se sentir mal aimées, indésirables, ne méritant pas l'attention ou l'affection des autres, sans perspective d'avenir et sans espoir. 65% des infirmières ressentent un sentiment de culpabilité fort à très fort (analysé par le biais d'une échelle portant sur l'estime de soi, allant de 1 à 5).</p> <p><u>L'accès</u> : Une grande quantité de stocks de médicaments, un manque de contrôle et de directives rendent l'accès plus facile. Il existe plusieurs méthodes de détournement de médicaments : 57% n'administrent pas le traitement à leur patients, 36% rapportent des erreurs ou substituent le médicament par une autre substance, 25% commandent un surplus de médicaments et 22% trafiquent les emballages.</p> <p><u>L'opportunité</u> : Les services identifiés comme étant ceux qui permettent de subtiliser ou de détourner des substances addictives sont les services de médecine-chirurgie (21%), des soins intensifs (20%), toutes les autres unités (20%), les unités non spécifiées (10%),</p>



	<p>les urgences (5%), l'obstétrique (3%) et la psychiatrie (3%). 69% des infirmières consomment les drogues dures sur leur lieu professionnel, et 60% de ces dernières consomment au moins quatre fois par jour.</p> <p><u>Les narcotiques et autres drogues</u> : Un nombre important d'infirmières déclarent souffrir de poly-toxicomanie. Le pourcentage des substances détournées ou subtilisées dépassent 100%. Cela signifie que certaines infirmières détournent plusieurs substances intoxicantes. La fréquence des vols est mise en évidence comme suit: 52% de manière quotidienne, 8% de manière hebdomadaire et 7% de manière bimensuelle.</p> <p><u>L'équation SNAO</u> : L'équation SNAO est l'acronyme de: Stress, Narcotics and other drugs, Access, Opportunity. (Littéralement Stress, Narcotiques et autres drogues, Accessibilité et Opportunité). Il s'agit d'un modèle développé en vue d'expliquer l'influence potentielle de différents facteurs sur la consommation de substances intoxicantes.</p>
<p><b>Discussion et conclusion</b></p>	<p>Une infirmière dépendante est certes responsable de ses agissements; toutefois, son environnement professionnel est susceptible de contribuer au processus de cette dépendance. Il est par conséquent important que la hiérarchie des établissements de soins réalise cette dimension. La responsabilité revient à la dite hiérarchie qui devra identifier rapidement les professionnels de santé présentant des conduites addictives dans le but de protéger les patients. Il paraît également nécessaire, de la part de la direction des établissements de soins, de ne pas agir avec une pratique répressive, notamment par une politique de renvoi des professionnels dépendants et leur embauche par d'autres établissements de soins, alors qu'ils ne sont pas traités.</p> <p>L'équation SNAO peut être un outil efficace afin d'expliquer le cheminement d'une infirmière vers la conduite addictive. Les attitudes de désadaptation se manifestent chez les infirmières dépendantes une fois les mécanismes de <i>coping</i> dépassés. Ils sont susceptibles de ressembler au mécanisme décrit ci-dessous; toutefois, dans la majorité des cas, ils sont inconscients:</p>

- Pensée: « Je ne peux plus supporter cette douleur ». (L'infirmière fait référence à ses connaissances au sujet des substances ou à ses expériences passées au sujet des substances).
- Rationalisation n°1: « Je sais que je ne devrais pas faire cela mais j'ai besoin de souffler. Ca sera juste cette fois ».
- Préparation: L'infirmière commence en principe à consommer des produits qui lui ont été prescrits. Elle passe ensuite au vol, une fois la prescription épuisée.
- Expérience: L'infirmière teste plusieurs substances avant de trouver la « substance idéale ».
- Décision: La substance a été obtenue, le soulagement aussi. L'infirmière n'a pas (encore) été suspectée.
- Rationalisation n°2:  
Recommandations: « Je maîtrise la situation, je suis capable d'arrêter quand je le souhaite! »
- Evaluer l'enseignement dispensé dans les écoles d'infirmières et si nécessaire, imaginer une révision du programme, afin de traiter de l'abus de substances, de ses causes ainsi que de ses effets.

Propositions :

- Créer des programmes d'assistance afin de faciliter l'identification des employés qui ressentent le besoin d'être aidés à faire face à des crises personnelles ou qui exercent leur profession dans un environnement très stressant.
- Collaborer avec ces programmes d'assistance aux pairs.
- Evaluer les bénéfices tirés de tels programmes.
- Accorder du temps ainsi que des ressources financières, dans le but de développer un environnement professionnel sans substances addictives. Il pourrait s'agir par exemple d'engager un spécialiste du domaine afin qu'il mette en place des directives et des procédures de gestion concernant les abus de substances. Ce dernier pourrait ensuite en faire part aux

	<p>équipes soignantes afin que chaque membre soit capable d'identifier les employés dépendants et de repérer leur méthode de subtilisation ou de détournement. Il appartient principalement aux supérieurs hiérarchiques de connaître les éléments à observer, les techniques d'intervention et les suites à prévoir concernant le traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prévoir précisément une directive qui impose un traitement aux sujets dépendants, afin que ces derniers puissent continuer leur activité professionnelle.</li> <li>● Prévoir un nouvel environnement professionnel aux employés qui ont été dépendants, mais actuellement soignés.</li> </ul>
<b>Critique</b>	<p>On distingue facilement le but de cette étude, plusieurs termes sont définis, les différentes parties de l'étude sont faciles à mettre en lumière, les résultats sont répertoriés en sous-catégories et sont précis, la discussion traite de chaque résultat, des stratégies d'action sur le terrain sont suggérées. Les éléments mis en évidence comme contribuant à des conduites addictives sont également retrouvés dans d'autres études consultées par les auteurs. En revanche, l'échantillon sélectionné est plutôt faible.</p>

### ANNEXE III

<b>Référence bibliographique</b>	Kenna, G. A. & Lewis, D. L. (2008). Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. <i>Substance abuse treatment, prevention and policy</i> , 3 (3) USA
<b>Type d'étude</b>	Etude descriptive simple. Profession des auteurs : respectivement Professeur de psychiatrie et des comportements humains pour la recherche à la Brown University, Providence, Rhode Island et Professeur de Médecine à la Brown University, Rhode Island.
<b>Composantes de l'étude : question - but - hypothèse</b>	Le but de cette recherche est d'analyser les facteurs de risque contribuant à une consommation d'alcool ou de drogue chez les professionnels de santé.
<b>Ethique</b>	Cette étude est approuvée par le comité éthique indépendant de l'Université de Rhode Island. Elle n'a reçu aucune aide financière externe. Les participants ont reçu un formulaire de consentement éclairé. Ils ont également la possibilité d'être rayés de la liste des participants s'ils le désirent. Le sondage est anonyme.
<b>Population</b>	L'échantillonnage est réalisé au travers de listes concernant chaque profession de la santé, mises à disposition par le Département de la Santé de l'Etat concerné. Une fois la population de chaque groupe de professionnels constituée, un échantillonnage aléatoire a été effectué en sélectionnant chaque « Xn » sujet de chaque liste. Le nombre prévu de professionnels de la santé était de 784 personnes. Finalement, il s'agira de 196 médecins, 188 infirmières, 186 pharmaciens et 178 médecins dentistes. Les participants sont majoritairement blancs (92.9%) et mariés (77.7%). La moyenne d'âge de tous les participants est de 47,5 ans.
<b>Matériel et méthode(s)</b>	Les informations sont récoltées par le biais d'un formulaire d'auto-évaluation de la consommation de d'alcool et d'autres substances intoxicantes durant les dernières années. Le questionnaire est composé des catégories suivantes:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Les substances évaluées</li> <li>● Le mode de consommation d'alcool</li> <li>● L'historique familial de consommation d'alcool et de drogues</li> <li>● L'invincibilité professionnelle</li> <li>● La religiosité</li> <li>● Le réseau social</li> <li>● L'accès aux drogues</li> <li>● Les jugements négatifs</li> <li>● Les croyances protectrices</li> <li>● L'influence de l'environnement professionnel et social sur la consommation personnelle de substances</li> </ul> <p>Ces catégories ont été tirées d'autres études portant sur l'abus de substances intoxicantes chez les professionnels de santé. Les données sont analysées au travers du Statical Analysis System. Le sondage étant anonyme, il n'y a pas le moyen d'évaluer directement les différences entre les participants ayant répondu au questionnaire et ceux n'ayant pas répondu. Pour évaluer un éventuel biais de réponse ou un éventuel lien entre les résultats et le moment auquel le questionnaire avait été renvoyé, les données ont été examinées en utilisant la régression logistique, l'analyse de variance (ANOVA) ainsi que l'analyse de corrélation bi variée, en définissant la consommation comme étant une fonction du temps de réponse du retour des données. Ces méthodes peuvent laisser penser que la troisième vague de personne ayant répondu, tardivement, au questionnaire est la plus représentative des participants n'ayant pas répondu.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Après élimination des résultats non exploitables, le taux de réponses final est de 68.7%. Le taux de réponses le plus élevé est celui des infirmières (73.3%) et le taux le plus bas, celui des médecins (63.4%). Les participants ont été divisés en deux groupes distincts selon la consommation citée, afin de pouvoir évaluer l'abus de substances intoxicantes. Ceci a permis de déterminer que 25% des participants</p>

	<p>faisant partie du premier groupe étaient ceux ayant la consommation d'alcool et/ou de drogues la plus importante. Afin de répondre au but de l'étude, chaque catégorie du questionnaire est évaluée de manière individuelle; les catégories non significatives sont alors éliminées. Seules les catégories significatives restent, soit l'invincibilité professionnelle, la consommation d'alcool, le fait de se faire proposer des substances intoxicantes au sein de son entourage privé ou professionnel et le fait d'avoir un réseau social composé de personnes elles-mêmes dépendantes à certaines substances intoxicantes.</p>
<p><b>Discussion et conclusion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un usage modéré ou plus important d'alcool ou d'une autre drogue est un prédicteur significatif d'une autre consommation de substances intoxicantes.</li> <li>● Les offres d'alcool ou de drogues par le cercle privé ou professionnel est un prédicteur significatif pour le modèle « consommation versus non consommation ». Les contacts sociaux diminuent lorsque la consommation devient trop importante.</li> <li>● Les professionnels de santé qui n'imaginent pas avoir besoin de substances intoxicantes pour travailler ont moins de risque de faire état d'une consommation de substances intoxicantes durant les dernières années. Ceci suggère que les professionnels de santé qui ne prennent aucune substance dans un but de soutien, a moins de risque de consommer quelque substance.</li> <li>● Les professionnels de santé plus âgés ont deux fois moins de risque de faire état d'une consommation significative de substances intoxicantes. La prévalence de consommation de substances intoxicantes diminue avec l'âge; elle atteint son sommet chez le jeune adulte.</li> <li>● L'invincibilité pharmacologique n'est pas une fausse croyance chez les professionnels de santé.</li> </ul> <p>Cette étude décrit et compare les résultats obtenus avec d'autres</p>

	<p>études; toutefois, elle présente plusieurs limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La combinaison alcool/autres drogues ne permet pas d'analyser les résultats pour ces deux variables de manière isolée.</li> <li>● Bien que le questionnaire soit anonyme, les participants ont pu sous-évaluer leur consommation, notamment par peur d'éventuelles sanctions.</li> <li>● Les résultats découlant du questionnaire portent sur les participants d'une région; la généralisation des résultats obtenus n'est pas forcément valable.</li> </ul> <p>En tenant compte de ces limites, les résultats démontrent tout de même qu'il est premièrement très important d'informer les professionnels de santé diplômés, mais également les étudiants sur la consommation et les abus de substances intoxicantes. L'éducation sur l'addiction est un réel besoin prioritaire. Des directives doivent être mises en place afin de détecter rapidement et de confronter les soignants ayant recours à des conduites addictives. Ces dernières limitent le temps durant lequel ils sont en contact avec les patients. Le domaine de la santé a le devoir éthique de veiller à ce que les soignants fassent leur travail avec compétence et sécurité. Il semble que plusieurs organisations aient déjà envisagé des stratégies en lien avec l'abus de substances intoxicantes. Cela nécessite des ressources préventives, curatives et d'utilisation de procédures légales.</p>
<p><b>Critique</b></p>	<p>Il est facile de distinguer les différentes parties de cette étude. Les résultats ne sont pas très clairs, notamment pour les lecteurs qui ne maîtrisent pas complètement les outils statistiques. L'article propose des interventions en vue de la pratique professionnelle. L'étude est comparée à d'autres études sur le sujet. Les auteurs exposent les limites de leur étude.</p>

## ANNEXE IV

<b>Référence bibliographique</b>	Kintz, P., Villain, M., Cirimele, V. & Ludes, B. (2002). Conduites addictives en milieu hospitalier : particularités d'un service d'anesthésie. <i>Annales de Toxicologie Analytique</i> , 16 (1), 83-89 FRANCE
<b>Type d'étude</b>	Etude de cas. Profession des auteurs : Pharmacien, toxicologue, expert en médecine légale (P.K.) ; Inconnue pour les autres auteurs mais ils exercent dans le domaine de la toxicologie.
<b>Composantes de l'étude : question - but - hypothèse</b>	Le but de cette étude est de faire le point sur le détournement de substances actives par le personnel soignant (infirmières et médecins) dans le cadre d'un service d'anesthésie. Cette étude portent sur les aspects épidémiologiques, les substances spécifiques utilisées, les profils de consommation, les implications médico-légales, les arsenaux analytiques ainsi que de la place des cheveux dans la mise en évidence d'une conduite addictive.
<b>Ethique</b>	On ne sait pas si les auteurs ont demandé une quelconque autorisation pour faire paraître les cas présentés. On ne sait pas d'où ils tirent ces situations.
<b>Population</b>	Infirmières et médecins appartenant à des services d'anesthésie.
<b>Matériel et méthode</b>	Les auteurs se sont basés sur la littérature existante afin d'expliquer les aspects traités dans les résultats. Les auteurs utilisent l'analyse segmentaire des cheveux, qu'ils considèrent comme un outil indispensable pour la justice et pour le corps médical afin de suivre l'évolution d'une toxicomanie. L'analyse segmentaire consiste à prélever une mèche de soixante cheveux. Celle-ci doit être prélevée le plus près de la peau, coupée au ciseau et orientée racine-extrémité au moyen d'une cordelette, nouée 1 cm au dessus du niveau de la racine. Concernant les applications judiciaires concrètes (cas), nous ne savons pas d'où elles proviennent.
<b>Résultats</b>	<u>Les données épidémiologiques</u> : Les auteurs de cette étude se sont basés sur des données de littérature. En 1973, l'association des médecins américains publiait un rapport où 2,3-3,2% des médecins



étaient considérés comme dépendants à l'alcool, et 0,9-2% considérés comme toxicomanes. Jusqu'en 1986, ces chiffres ont été en constante augmentation avec 3,3% des médecins considérés comme dépendants à l'alcool et 5,2% considérés comme toxicomanes. De nos jours, ces chiffres sont plutôt en régression mais ni en 1973, ni en 1986, les taux d'addiction ne sont comparés avec la population générale. Les comparaisons entre les différences spécialités médicales montrent un risque augmenté de développer une addiction chez le personnel soignant des services d'anesthésie.

Les produits utilisés : L'éthanol correspond essentiellement à un abus des soignants plus âgés. On retrouve surtout les narcotiques, les benzodiazépines, et enfin, certains produits moins utilisés comme le Propofol®, la Kétamine® ou le Sevoflurane®. L'achat de ces produits au marché noir est exceptionnel ; le détournement est la plupart du temps hospitalier. Toutes les voies d'administration sont possibles. La voie IV est plus inhabituelle (veines cachées pour dissimuler le point d'injection); on retrouve aussi la voie orale ou nasale pour les benzodiazépines ou la Kétamine®; les voies rectale ou sublinguale.

Le profil de consommation : La toxicomanie aux substances illicites apparaît comme plus fréquente chez les médecins anesthésistes que dans la population générale. Raisons évoquées :

- Plus grande disponibilité des narcotiques
- Course au produit non nécessaire puisque les produits sont accessibles dans l'environnement professionnel
- Stress, pression, responsabilités
- Surcharge de travail

Plusieurs signes cliniques de la toxicodépendance peuvent être observables, comme :

- Changement de comportement inhabituel
- Absences répétées et inexplicables
- Perte de poids, teint pâle
- Soignant reprenant les gardes de nuit ou du week-end d'autres

collègues (moins de surveillances à ce moment-là...)

Les substances peuvent être obtenues par substitution, retransmission erronée sur l'ordonnancier ou le compte-rendu, utilisation des restes d'ampoules, sur-prescription et enfin, substitution du contenu des ampoules. La période durant laquelle reste cachée une conduite addictive peut être très variable : 1-6 mois pour le Surfentanyl®, 6-12 mois pour le Fentanyl®, plus d'un an pour les autres substances injectables et plus de 20 ans pour l'alcool éthylique.

Les implications médico-légales : Une conduite addictive en milieu hospitalier fait essentiellement courir trois types de risques au toxicomane:

- La sanction
- La radiation
- L'instruction judiciaire pour vol ou détournement de stupéfiants

En règle générale, pour les patients, les risques graves semblent être limités. La qualité de l'anesthésie peut être mauvaise, engendrant des douleurs postopératoires importantes. Mais les accidents semblent toutefois être exceptionnels.

Administrativement, l'hôpital peut voir sa responsabilité engagée du fait d'un manquement disciplinaire ou d'une erreur médicale. L'échelle des responsabilités est une cascade difficile à suivre.

Les aspects analytiques : Au niveau sanguin, les produits détournés se retrouvent généralement à de faibles taux. Le contrôle urinaire ne fait pas partie des propositions pour favoriser le dépistage et une meilleure prise en charge. Compte tenu des implications médico-légales évidentes, seule l'analyse des cheveux permet d'apporter une réponse satisfaisante pour établir une éventuelle toxicomanie.

La place des cheveux : Le mécanisme généralement proposé pour l'incorporation des substances toxiques dans les cheveux consiste en une diffusion interne de ces substances dans le sang vers les cellules de croissance du follicule pileux. Ensuite une diffusion externe à partir des sécrétions sudorales ou sébacées se produit. Les substances

	<p>restent bien plus longtemps dans les cheveux (ou poils) que dans les urines ou le sang. Aujourd’hui, l’analyse segmentaire (analyse du cheveu) est un outil indispensable pour la justice et le corps médical afin de suivre l’évolution d’une toxicomanie.</p> <p><u>Applications judiciaires</u> : Les cas concrets examinés sont composées de trois médecins et d’une infirmières. Les substances utilisées sont diverses (Fentanyl® et Surfentanyl® dans les deux premiers cas (médecins), codéine®, Alfentanil® et Midazolam® pour le troisième cas (médecin); et Midazolam® ainsi que Propofol® en ce qui concerne le quatrième cas (infirmière). Pour le premier cas, une mise à la retraite anticipée a été proposée. Pour le deuxième cas, l’instruction est toujours en cours. Concernant le troisième cas, il a été radié. L’infirmière, elle, a été retrouvée morte chez elle.</p>
<p><b>Discussion et conclusion</b></p>	<p>Une baisse de vigilance ou une quelconque altération du jugement due à une consommation de toxiques du professionnel de la santé au sein d’un service d’anesthésie engendre la mise en péril de la sécurité des patients. Il est précisé que la toxicomanie en milieu anesthésique ne semble pas encore avoir été étudiée, notamment en Europe. C’est pourquoi les auteurs se basent sur des expertises judiciaires, pour appréhender le phénomène. Il est difficile de mettre en lumière les toxiques les plus souvent utilisés par les anesthésistes, notamment en raison des analyses conséquentes qu’il faut déployer à des fins de détection. Toutefois, l’expérience des auteurs dans ce domaine a permis d’utiliser l’analyse des cheveux pour démontrer formellement un usage chronique de toxiques. Plusieurs produits ont été retrouvés chez les sujets ; le Fentanyl® et le Surfentanyl® étaient vraisemblablement les deux produits les plus utilisés.</p>
<p><b>Critique</b></p>	<p>L’article est une étude de cas se déroulant uniquement dans un type de service de soins très spécifique: un service d’anesthésie. Toutefois, les parties de cette étude sont faciles à distinguer. Les résultats qui découlent de cet article, en lien avec les cheveux, sont à interpréter avec rigueur et précaution. Effectivement, si l’analyse segmentaire présente des avantages par rapport aux analyses traditionnelles,</p>

	<p>l'analyse des cheveux n'est pas continue et ainsi, des phénomènes de migration peuvent affecter les concentrations (fausser les résultats). Les données épidémiologiques sur lesquelles se sont basés les auteurs sont principalement américaines.</p>
--	---

## ANNEXE V

<b>Référence bibliographique</b>	Monroe, T. & Kenaga, H. (2010). Don't ask don't tell : substance abuse and addiction among nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 1 (5) USA
<b>Type d'étude</b>	Etude descriptive comparative par revue de littérature. Profession des auteurs : respectivement Professeur à l'Université Vanderbilt de Soins infirmiers, Nashville et Professeure à l'Université des Sciences de la santé, Memphis.
<b>Composantes de l'étude : question - but - hypothèse</b>	Le but de cette étude est d'illustrer les difficultés rencontrées par les infirmières qui abusent de substances intoxicantes. Elle a également pour but de promouvoir un dialogue international sur ce que les soignants, les administrateurs et les élèves d'écoles de santé peuvent faire lorsqu'ils soupçonnent un collègue d'un abus de substances intoxicantes ou lorsqu'ils sont eux-mêmes dépendants.
<b>Ethique</b>	Comme les auteurs se basent sur des recherches précédemment menées, l'éthique découle de ces études et elle n'est pas clairement explicitée. Concernant cette recherche, elle n'a visiblement été approuvée par aucun comité éthique.
<b>Population</b>	Les auteurs, de basant sur des études précédentes, englobent la population sélectionnée dans ces dites études. Il s'agit, concernant la problématique de conduites addictives, uniquement d'infirmières. Concernant la politique institutionnelle, les administrateurs sont eux aussi concernés. Aucun échantillonnage des études traitées n'apparaît.
<b>Matériel et méthode</b>	Cette étude synthétise les résultats de trois études précédentes menées sur la politique en matière d'abus de substances intoxicantes dans la pratique infirmière. Dans la première étude, les auteurs examinent l'histoire de la dépendance chez l'infirmière. La deuxième étude, au moyen notamment d'interviews téléphoniques et d'e-mails, s'interroge sur le développement d'une politique alternative au renvoi dans des écoles de soins infirmiers. Enfin, la troisième étude expose les types de politiques qui semblent fonctionner: à savoir, maintenir à leur poste de travail les infirmières

	qui souffrent de dépendance, en leur assurant une réhabilitation.
<b>Résultats</b>	<p>Les toxicomanies chez les infirmières ont été décelées il y a plus de cent ans. Selon les informations actuelles, les taux de dépendances liées à des substances intoxicantes varient entre 14-20%. Les infirmières doivent être capables d'identifier les signes et symptômes liés à la dépendance et dans la plupart des Etats (USA), elles sont même tenues de faire un rapport concernant la dépendance présumée d'un(e) collègue. La protection des patients face à des pratiques infirmières dangereuses est le premier devoir d'après les associations américaines de soins infirmiers. Il en découle que les infirmières qui présentent des problèmes d'addiction sont souvent animées par la peur du licenciement et donc, elles restent dans le silence. Le paradigme ATD (alternative-to-discipline), développé aux Etats-Unis dans les années 1980 comporte quatre principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'aide aux collègues dépendants en plaidant pour une réhabilitation et non par une attitude répressive.</li> <li>• L'autorégulation, préférable à une intervention réglementaire disciplinaire. Dans certains états des Etats-Unis, les infirmières dépendantes sont signalées au Bureau général des inspections ainsi qu'aux compagnies d'assurance. Ceci amène à la rupture de contrats d'assurance maladie ou d'assurance responsabilité civile. 69,8% des infirmières dépendantes déclarent que cet élément est le plus grand obstacle à un retour au monde du travail.</li> <li>• La santé publique doit être soutenue par un système de prévention (à commencer par les écoles d'infirmières).</li> <li>• Une politique institutionnelle voire étatique concernant la dépendance des soignants, ainsi que des actions visant à la sécurité et au bien-être au travail doivent être mises en place.</li> </ul> <p>Actuellement, sept Etats n'ont pas encore mis en place ces programmes ; par conséquent, les infirmières présentant une dépendance n'y ont aucune garantie de confidentialité.</p>
<b>Discussion et</b>	Depuis le début du siècle, la profession infirmière est consciente du

<p><b>conclusion</b></p>	<p>problème de toxicomanie parmi ses membres. Le Conseil des Soins Infirmiers sont chargés de régler dans chaque Etat la pratique infirmière et la protection des patients. Ignorer cette réalité risque de perpétuer la peur, l'anxiété ainsi que de mauvaises répercussions pour l'infirmière et ses patients. Par conséquent, lorsqu'un collaborateur est soupçonné, le conseil en soins infirmiers doit prendre des mesures en vue d'évaluer le potentiel de dangerosité que le soignant présente pour ses patients. Il a été démontré qu'un dépistage précoce, une aide, une reconnaissance de la dépendance, une évaluation confidentielle, ainsi qu'une atmosphère non punitive constituent des éléments essentiels pour une prise en charge optimale de l'infirmière dépendante mais aussi de ses patients. Les stratégies ATD (alternative-to-discipline), en particulier, motivent les infirmières à demander de l'aide volontairement en cas de dépendance personnelle, ou à entraîner un(e) collègue dépendant(e) à trouver l'aide dont il (elle) a besoin. La souffrance face à la dépendance devrait être traitée avec confidentialité et respect. L'application de mesures répressives devrait être réservée aux soignants qui ne souhaitent pas être traités.</p>
<p><b>Critique</b></p>	<p>Les différentes parties de l'étude sont clairement explicitées. Toutefois, les notions éthiques ne le sont pas ; ainsi que la population, qui est tirée d'autres études. L'étude propose des tableaux qui permettent de déceler les manifestations possibles d'une dépendance. Cependant, les pistes concernant la pratique sont uniquement orientées vers le dépistage, bien qu'elles incitent à une attitude non répressive. Les auteurs n'exposent pas les limites de leur étude.</p>

## ANNEXE VI

<b>Référence bibliographique</b>	<p>Trinkoff, A. M. &amp; Storr, C. L. (1998). Substance Use among Nurses: Differences between Specialties. <i>American journal of public Health</i>, 88 (4), 581-585</p> <p>USA</p>
<b>Type d'étude</b>	<p>Etude descriptive comparative.</p> <p>Profession des auteures : elles sont toutes les deux Professeures à l'Université Maryland des Sciences Infirmières, Baltimore.</p>
<b>Composantes de l'étude : question - but - hypothèse</b>	<p>Il semble que l'aspect émergent de cette étude soit la prévalence de la consommation des substances intoxicantes chez les infirmières.</p> <p>Toutefois le but n'est pas réellement explicite. Les auteurs font des liens avec d'autres recherches précédentes, ce qui leur permet de mettre en lumière des taux de consommation concernant les substances intoxicantes spécifiques des infirmières.</p>
<b>Ethique</b>	<p>Le sondage est anonyme ; les infirmières ont également la possibilité d'être rayées de la liste des participants si elles le désirent. Les participants ne reçoivent pas de questionnaire de consentement éclairé et aucun comité d'éthique n'est cité. Toutefois, cette étude est soutenue par L'Institut National contre l'Abus de Drogue.</p>
<b>Population</b>	<p>4438 infirmières ont répondu au sondage (78%). La majorité des participants est de sexe féminin (96%), de race blanche (94%) et mariés (74%). La moyenne d'âge s'élève à 44,3 ans.</p> <p>Approximativement la moitié des participants possèdent un diplôme de degré supérieur (Bachelor ou plus). Environ un tiers (30%) de ces derniers vivent en zone rurale et la plupart travaille (89%).</p>
<b>Matériel et méthode</b>	<p>L'échantillonnage stratifié est choisi afin d'augmenter les chances de sélectionner un échantillon représentatif. Les infirmières ne sont pas répertoriées par liste pour tous les Etats des USA. Par conséquent, dix Etats ont été choisis selon leur représentativité. 600 infirmières ont été choisies dans ces dix Etats. Ce sont donc finalement 6000 infirmières qui sont sélectionnées. Un questionnaire anonyme de huit pages est envoyé à tous les participants et ces derniers sont contactés six fois par les chercheurs. Le premier contact est une lettre d'introduction et</p>



	<p>d'explications, suivies du premier exemplaire du questionnaire ainsi que d'un billet symbolique de 1\$ et d'un stylo. Puis une carte de rappel est envoyée. Ensuite un deuxième exemplaire du questionnaire, suivi d'une deuxième carte de rappel sont envoyés. Finalement, un troisième exemplaire du questionnaire est adressé par courrier recommandé.</p> <p>Le questionnaire porte sur la consommation passée de cocaïne, de cannabis, de substances sous ordonnance, d'alcool et de cigarettes.</p> <p>Pour apprécier le lien entre spécialisation et consommation d'alcool, la population est répartie dans quinze groupes de spécialisations. 3% n'ont pu être répartis dans ces quinze groupes. Un test Chi-carré est ensuite utilisé pour exploiter les différences de consommation parmi les spécialisations. Pour estimer le taux de consommation des quatre groupes de substances, la régression logistique est employée.</p>
<b>Résultats</b>	<p>La prévalence de la consommation abusive de substances intoxicantes est de 32%, toutes catégories de produits confondues. Cependant, ce taux varie considérablement selon les différentes spécialisations. Les infirmières d'oncologie présentent le taux de consommation le plus élevé (42%), suivies des infirmières de psychiatrie (40%), puis des infirmières des services des urgences et des soins intensifs (38% chacune).</p> <p>Les infirmières de soins intensifs pédiatriques et du service des urgences présentent le taux de consommation de cannabis et de cocaïne le plus élevé, suivies par les infirmières des soins intensifs adultes (6%).</p> <p>La consommation excessive d'alcool est élevée chez les infirmières d'oncologie, des services des urgences et des soins intensifs adultes.</p> <p>La consommation de drogue sous ordonnance varie moins selon les services. Toutefois, le taux le plus élevé se présente chez les infirmières d'oncologie, de psychiatrie et de réhabilitation.</p> <p>Concernant la consommation de cigarettes, les infirmières de psychiatrie en ont la consommation la plus élevée (23%), suivies par les infirmières des urgences et de gériatrie (18% chacune).</p>

<p><b>Discussion et conclusion</b></p>	<p>Les taux de consommation de substances intoxicantes varient passablement selon les services et les spécialisations. Les infirmières travaillant au sein de services aigus présentent un taux plus important de consommation. Il est possible que ces infirmières-là soient à la recherche de sensations fortes. Toutefois, il est démontré que d'autres aspects rentrent en compte, comme le contact fréquent avec la mort, la rapidité d'intervention, les imprévus, le rapport aux médicaments (dont l'accessibilité). Concernant les infirmières en oncologie qui présentent notamment le taux le plus élevé de consommation d'alcool, une étude a démontré que ces dernières éprouvent un besoin important de se distancer afin de limiter l'impact émotionnel de leur travail.</p> <p>Les infirmières de psychiatrie, elles, sont aujourd'hui très orientées sur la pharmacologie. Par ce biais, elles seraient plus sujettes à l'utilisation de substances intoxicantes dans un but d'automédication. Deux aspects intéressants ressortent également : approximativement, le taux de consommation de substances intoxicantes chez les infirmières est le même que dans la population générale. D'autre part, il y a concordance des taux de consommation entre les spécialisations chez les infirmières et chez les médecins (médecine-chirurgie, psychiatrie et urgences). Ces résultats suggèrent donc qu'il y a certainement des facteurs étiologiques, propres à la nature du travail ou à l'environnement, que ces deux professions ont en commun.</p> <p>Les limites de cette étude se portent sur l'auto-évaluation (possible sous-évaluation du phénomène) et par sa transversalité (ne permet pas une évaluation dans la durée).</p>
<p><b>Critique</b></p>	<p>Le but de l'étude pourrait peut-être être mieux défini. Les aspects éthiques ne sont pas suffisamment développés; ceci n'est pas trop étonnant vue l'époque de l'étude(1998): les procédures étaient moins rigoureusement formalisées à l'époque. Toutefois, on distingue clairement les parties de l'étude et ces dernières sont riches. Les résultats sont illustrés au travers de tableaux, ce qui facilite leur compréhension. Dans la discussion, les résultats sont appuyés par</p>

	<p>d'autres recherches, les limites de l'étude sont présentes ainsi que certaines pistes de recherches futures. Des pistes concrètes pour la pratique sont également présentes.</p>
--	---