

*Abus de substances chez l'infirmière
diplômée :
Identifier les facteurs de risque
environnementaux et limiter leur impact*

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of science
HES-SO en soins infirmiers

Par
Iphigénie Mori
Promotion 2005-2009

Sous la direction de : Nicole Nadot

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière Soins Infirmiers

Le 6 juillet 2009

Résumé

Le thème général de ce travail est la consommation de toxiques dans la population des infirmières¹ diplômées.

Le terme « toxicomanie » est chargé de représentations et de fantasmes souvent négatifs. Il est donc difficile d'imaginer qu'une infirmière puisse souffrir de dépendance. Et pourtant, la prévalence de la toxicodépendance serait la même dans la population infirmière que dans la population générale.

Le but de cette revue de littérature est de déterminer les facteurs de risque environnementaux de la consommation de substances et d'étudier les stratégies proposées par les différents auteurs consultés pour faire face à ce phénomène.

Afin de trouver la documentation nécessaire, la base de données Pubmed a été consultée. Ensuite, les recherches ont été analysées à l'aide de la grille de Bordage (1989) et les facteurs de risque (implicites ou explicites) ont été regroupés par catégorie.

Les facteurs de risque environnementaux identifiés sont l'environnement familial, l'accessibilité, la spécialisation et les exigences du poste de travail. Les stratégies de gestion mises en évidence à partir des études consultées proposent de mieux informer les professionnelles et les élèves infirmières sur le sujet, de leur donner divers outils pour faire face au problème et de les aider à mieux gérer le stress.

D'un point de vue méthodologique, la majorité des études consultées étaient de bonne qualité. La plupart des facteurs de risque et les stratégies de gestion ont été identifiés depuis plus de dix ans.

¹ Dans un souci de légèreté du texte, le substantif est au féminin mais concerne également les professionnels de sexe masculin.

Ce travail amène plusieurs pistes de recherche et propose des stratégies centrées principalement sur l'information des professionnelles et sur la gestion de l'accessibilité dans les institutions.

Mots-clés : infirmière diplômée, abus de substances, facteurs de risque, stratégies de gestion

Remerciements

Je tiens à remercier M. Raymond Charpillot et Mme Denise Mori pour la relecture attentive de mon Bachelor Thesis ainsi que mon compagnon pour son soutien tout au long de ce périple d'une année et demie.

Mes remerciements vont également à Mme Nicole Nadot, directrice de mémoire, pour ses conseils précieux et sa disponibilité.

«S'il est très difficile de répondre à la question "pourquoi se drogue-t-on ?" car la psychologie du pourquoi est constituée de composantes individuelles, familiales et sociologiques variées qui se combinent et s'enchevêtrent de façon différentes d'un individu à l'autre, il est clair que la toxicomanie n'est pas le fait du hasard, pas plus qu'elle n'est une fatalité de l'adolescence. »

Schalckens-Fuks, 1997 (p.8)

Table des matières

Résumé	2
Remerciements	4
Table des matières	6
1. Introduction	8
2. Question de recherche	13
3. Objectifs poursuivis	13
4. Cadre de référence	14
5. Méthode	17
5.1 Choix du devis	17
5.2 Stratégies de recherche	17
5.3 Recherches effectuées	18
5.4 Population concernée	20
5.5 Critères d'inclusion et d'exclusion des recherches	20
5.6 Méthode d'analyse	21
5.7 Synthèse des données	21
6. Résultats	22
6.1 L'environnement familial	22
6.2 L'accessibilité sur le lieu de travail	23
6.3 La spécialisation	24
6.4 Les exigences du poste de travail	25
6.5 L'équation SNAO	26

7. Consommation de toxiques chez les infirmières : quelles stratégies adopter ?	28
8. Discussion	31
8.1 Méthode des études : point de vue critique	31
8.2 Facteurs de risque identifiés : quelles hypothèses peut-on émettre ?	33
8.3 Intérêt des stratégies de gestion proposées dans les études	35
8.4 Réponse à la question de recherche	36
9. Conclusion	38
9.1 Proposition de recherches	38
9.2 Implication des résultats pour les soins	39
9.3 Critique de la revue de littérature	41
9.4 Conclusion de l'auteure	42
Bibliographie	44
Recherches et ouvrages	44
Documents vidéo	46
Sites internet	47
Annexes	
A. Lecture critique d'articles scientifiques ; grille de Bordage (1989)	49
B. Fiches de lecture des articles scientifiques	53
C. Articles exclus de la revue de littérature	108

1. Introduction

La toxicomanie est un sujet sensible qui véhicule bon nombre de fantasmes, de craintes et de préjugés. Nombreuses sont les représentations négatives associées à ce problème de santé publique. Parmi les interrogations les plus fréquentes, on peut entendre des remarques telles que « à quoi bon puisqu'ils rechutent toujours » ou « à quel prix aider des gens qui, au fond, ne le demandent pas » (Marc & Simon, 2002).

Jusqu'en 1960, la toxicomanie était un phénomène réservé majoritairement à une population marginale incluant les intellectuels ou les artistes. Ceux-ci avaient en général une consommation « récréative » et ne semblaient pas inévitablement dans la dépendance. L'autre type de consommateur absorbait les divers produits de manière immodérée et y était soumis. Actuellement, la consommation de substances touche tous les milieux sociaux et débute souvent à l'adolescence (Robbe & Vanelle, 2003).

Les personnes toxicodépendantes sont fréquemment considérées comme perverses, manipulatrices, violentes, malades et habitant des squats dans des conditions plus qu'insalubres. A ce tableau vient s'ajouter l'idée que l'on se fait des effets des produits sur l'individu ; la dépendance, la souffrance, la déchéance physique et psychique et la mort (Marc & Simon, 2002). Ces éléments sont certes caricaturaux et réducteurs mais détiennent un fond de vérité. En effet, une personne consommant des substances peut passer par trois étapes : la « lune de miel » (le plaisir et le soulagement apportés par le produit sont totaux, le manque absent), l'étape du « besoin » (la drogue apporte encore un certain soulagement mais le manque commence à se faire sentir) et l'« échec » (la personne prend conscience que la drogue ne la soulage plus et qu'elle n'a plus d'emprise sur sa consommation) (Schalckens-Fuks, 1997). Lorsque l'individu atteint la dernière étape, le besoin de produit prime sur le reste ; il peut alors se montrer agressif, manipulateur, avoir une humeur labile, le tout en lien avec une intolérance à la frustration marquée (Marc & Simon, 2002 ; Schalckens-Fuks, 1997). On retrouve ici les éléments souvent évoqués lorsqu'on parle de toxicomanie. Toutefois, ces données sont partiellement

correctes : en effet, il s'agit d'une tendance et non d'une règle générale et les personnes n'ayant pas encore atteint l'étape de la dépendance ne présentent que rarement ces caractéristiques.

Un autre élément est également important à préciser ; bien que les différents événements vécus par un individu puissent avoir une influence sur un éventuel abus de substances, la personne toxicodépendante ne vient pas forcément d'une famille à problème où les parents étaient négligents et n'a pas obligatoirement vécu des traumatismes (ISPA, s.d.). Ces éléments peuvent certes avoir une influence comme nous le verrons plus loin, mais le phénomène est multifactoriel et ne peut pas être réduit à une seule cause.

Contrairement aux drogues dites « dures » ou « illégales », l'alcool évoque principalement des représentations positives. C'est une substance présente dans notre vie quotidienne et consommée lors de repas ou pour fêter un événement. Elle est en général associée à des moments conviviaux. Pourtant, les dégâts qu'elle peut occasionner lors de consommation ponctuelle excessive ou lors de consommation chronique sont considérables (Robbe & Vanelle, 2003).

Toutes les substances, qu'elles soient légales comme l'alcool et la cigarette ou illégales, ont un effet sur l'organisme. Elles peuvent être excitantes, comme la cocaïne ou les amphétamines ou au contraire sédatives comme l'héroïne ou l'alcool. Elles peuvent également induire plus ou moins rapidement une dépendance. De plus, elles impliquent un changement de perception de par leur effet sur le système nerveux central (Ibid.). Ce changement de perception peut être particulièrement problématique lorsque la personne doit faire face à des responsabilités importantes comme la prise en charge de patients.

D'après l'expérience de l'auteure, l'infirmière est vue par la population générale comme une personne professionnelle, douce, à l'écoute et dévouée aux autres. Le terme de « vocation » est encore très fréquemment associé à cette profession. De plus, elle est censée être elle-même en parfaite santé physique et psychique.

De ce fait, il est difficilement concevable que la professionnelle de la santé puisse être aux prises avec le monde de la dépendance, comme en attestent

les réactions de déni et de jugement parmi le grand public et parmi les infirmières elles-mêmes (« avec tout ce qu'elles savent, elles n'ont qu'à pas y toucher », « il n'y a qu'à les mettre dehors » ou « ça ne doit pas être si fréquent »).

Pourtant, le problème est bien réel. L'abus de substances au sein de la profession infirmière existe depuis environ cent cinquante ans. La consommation de toxiques chez les soignantes était déjà présente à l'époque de Florence Nightingale (Church, 1985 cité par West, 2002). L'association américaine des infirmières (American Nurses Association) estimait en 1997 que 10% à 20% des infirmières avaient des problèmes d'abus de substances et que 6% à 8% des infirmières en poste verraient la qualité de leur travail diminuée par un abus d'alcool ou d'autres drogues (Griffith, 1999). Ces chiffres, équivalents à ceux rencontrés dans la population générale, sont confirmés par d'autres recherches (Mynatt, 1996 ; West, 2002). Par ailleurs, la prévalence d'un abus d'alcool ou de drogue ne présente pas de différence significative entre les infirmières et les travailleurs d'autres professions (Henry & al, 2002).

Il existe un paradoxe entre l'idéalisation des infirmières et les reproches qui leurs sont faits en cas de problème de dépendance. Ces professionnelles, sorte d' "anges déchus", éprouvent souvent un fort sentiment de culpabilité et ne demandent que difficilement de l'aide (Brechtbühler, 1998).

Le manque de connaissances relatif à la prise en charge des infirmières dépendantes par les professionnelles elles-mêmes est un sujet récurrent (Griffith, 1999). Des informations concernant l'importance de l'addiction aux toxiques dans la profession infirmière sont difficiles à obtenir. Le manque important de documentation sur le sujet a été un obstacle considérable aux efforts menés pour gérer le problème. (Walker Bugle, 1996).

En effet, « le manque de formation poussée au sujet de l'abus de substances intoxicantes et du stigmatisme social qui s'y rattache empêche les collègues infirmières de reconnaître en temps opportun qu'une infirmière exerce la profession avec des facultés affaiblies [à cause de sa toxicomanie].» (Association des Infirmières et Infirmiers du Nouveau-Brunswick, 2003, p.3).

Les femmes, majoritaires dans la profession infirmière, vivent de manière plus chaotique l'abus de substances, autant sur le plan physique que psychologique. En effet, la comorbidité entre toxicodépendance et dépression est plus importante chez elles et elles sont moins à même d'être prises en charge que les hommes, car leur demande de soins est souvent plus tardive (Mynatt, 1996). Elles sont plus sensibles aux ravages de l'alcool, notamment sur le plan physique, et développent plus rapidement des troubles tels que l'hépatite ou la cirrhose (Rochat, 2006, Gagnet, 2009).

Lorsqu'une professionnelle est aux prises avec un problème de dépendance, divers signes et symptômes peuvent alarmer ses collègues : Ceux-ci peuvent être en lien avec la qualité du travail ; l'infirmière est fréquemment malade, surtout après les jours de congé. Elle quitte souvent l'unité sans explications et présente des manquements dans son travail (oublis, erreurs...). Elle peut également présenter des signes comportementaux tels qu'une labilité émotionnelle excessive, une manière de répondre inappropriée, des troubles de mémoire et une tendance inhabituelle à s'isoler. Enfin, les signes comportementaux peuvent être une tendance à vouloir s'occuper spécifiquement des patients ayant une lourde médication, un rapport fréquent sur des pertes, du gaspillage dans les médicaments et une tendance à préparer les stupéfiants hors de vue des autres collègues (Griffith, 1999). Ces éléments sont bien sûr indicatifs et à mettre en lien avec un contexte donné afin d'éviter les généralisations douteuses.

Les facteurs de risque de la consommation de toxiques chez la professionnelle de la santé sont variés. Ils peuvent concerner des aspects de la vie privée de la professionnelle : en premier lieu, les recherches consultées font état d'une consommation d'alcool ou de drogue fréquente au sein de la famille des infirmières dépendantes. Le fait de vivre des expériences douloureuses (perte d'un proche, violence conjugale, difficultés financières etc.) est également un facteur de risque (Mynatt, 1996 ; Sullivan, 1987 ; Walker Bugle, 1996). Enfin, bon nombre des professionnelles aux prises avec des problèmes d'abus de substances ont souffert de problèmes physiques ou psychiques (Mynatt, 1996 ;

Walker Bugle, 1996 ; Kowalski & Rancourt, 1997 ; Tipliski, 1993). La dépression est le trouble psychique le plus fréquemment mis en lien avec la toxicodépendance. Une recherche avance que sur 115 participants, 51% ont rapporté un historique de troubles mentaux, parmi lesquels la dépression était prédominante (Mynatt, 1996). Le travail d'une chercheuse canadienne montrait un historique de dépression chez plus de 50% des participantes (Tipliski, 1993). Mais les facteurs de risque peuvent également être environnementaux. Divers travaux consultés parlent de l'influence de la consommation de substances au sein de la famille, la détresse psychologique (Bry, 1983), l'accessibilité et le manque de contrôle [des professionnelles] (Caroselli-Karinja & Zboray Drozd, 1986 ; Clark, 1988 ; Green, 1989) ainsi que le stress et les exigences du poste de travail (Clark, 1988 ; Green, 1989).

Face à ce phénomène, diverses stratégies sont envisageables; tout d'abord, il semble que les professionnelles et les élèves infirmières auraient besoin de recevoir des informations sur l'abus de substances de manière générale et dans la profession. (Clark, 1988 ; Green, 1989, Associations des Infirmières du Nouveau Brunswick, 2003). De plus, il serait intéressant d'avoir des directives de prise en charge lorsqu'une unité doit gérer une telle situation. Enfin, les stratégies doivent également viser à déterminer la prise en charge de l'infirmière pendant son traitement et lors de son éventuelle réinsertion dans le monde professionnel.

Au travers de cette revue de littérature, l'auteure cherche à mettre en évidence des facteurs de risque environnementaux afin de permettre une réflexion sur le phénomène de l'abus de substances et sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la gestion de ce problème.

2. Question de recherche

Quels sont les facteurs de risque environnementaux pouvant entraîner l'usage de drogue chez les infirmières diplômées et quelles sont les stratégies proposées pour y faire face?

Cette question semble pertinente car la population d'infirmières touchées par un problème de dépendance n'est pas négligeable et risque d'influencer de manière importante la qualité des soins. Les facteurs de risque environnementaux méritent d'être connus et pris en compte dans le but d'améliorer la prévention. En effet, ceci permettrait d'intervenir de manière rapide et de veiller à la diminution des facteurs de risque externes comme les charges professionnelles trop élevées. Les interventions et la prise en charge commencent sur le lieu de travail de la professionnelle concernée et suppose de mettre en œuvre des actions adaptées à la problématique, protégeant à la fois les intérêts du patient, et par conséquent la qualité des soins, et ceux de la professionnelle en difficulté.

3. Objectifs poursuivis

Le premier objectif de cette revue de littérature est de mettre en évidence les facteurs de risque environnementaux de la toxicodépendance chez les infirmières diplômées.

Le second objectif, découlant du premier, est de faire progresser les connaissances et la pratique infirmière dans le domaine de la prise en charge des professionnelles présentant un problème de dépendance.

4. Cadre de référence

Dans le cadre de ce travail, le premier terme à définir est celui d'**infirmière**.

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des Soins Infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. » (Code de la Santé Publique de France, 2008).

La définition choisie vient de France car les textes suisses consultés ne donnaient que des notions sur le rôle infirmier et non sur l'infirmière elle-même. Celle-ci est intéressante de par les notions de prévention et d'éducation de la santé qu'elle propose. En effet, celles-ci sont centrales dans l'approche d'une collègue dépendante par une professionnelle. Le **rôle infirmier** y est également évoqué. A ce propos, le Code déontologique pour la profession infirmière (2006) du Conseil International des Infirmières (CII), dont l'Association Suisse des Infirmières (ASI) est membre, donne les principes suivants :

« 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 celles d'autres groupes qui travaillent dans des domaines connexes. »
(p.1)

L'ASI propose également sa vision du rôle infirmier : « Les soins infirmiers s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités. [Ils] contribuent à la promotion et au maintien de la santé. Les infirmières incitent les individus à adopter un mode de vie susceptible de maintenir et améliorer leur santé en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne. » (ASI, 1998).

La **prévention** est également un élément significatif de ce travail. L'Organisation Mondiale de la Santé distingue plusieurs notions de prévention. La prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme ; information de la population, de groupes cibles ou d'individus (éducation sanitaire ou éducation pour la santé), vaccinations... La prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées. La prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes. (www.urml-idf.org)

Concernant l'**éthique** et la **déontologie**, voici trois notions également tirées du Code déontologique du CII pour la profession infirmière (2006).

"L'infirmière se maintient elle-même en bonne santé de manière à ne pas compromettre sa capacité à dispenser des soins" (p.3)

"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" (p.3)

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

Plus ciblé sur le thème de ce mémoire de fin d'étude, l'article 13 du code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec (2008) précise que "l'infirmière ou l'infirmier ne peut s'approprier de médicaments ou autres substances, notamment des stupéfiants, une préparation narcotique ou anesthésique ou tout autre bien appartenant à une personne avec laquelle il est en rapport dans l'exercice de sa profession."

En relation avec le thème choisi, il est intéressant de se pencher sur la définition de l'ANA (American Nurses' Association) au sujet des **infirmières « dépendantes »** (impaired nurses, traduit littéralement par "infirmière diminuée ou abîmée")

« Le terme d'infirmière « dépendante » définit celle dont le fonctionnement est réduit à cause d'un usage inadéquat d'alcool ou d'autres drogues, lequel interfère avec son jugement professionnel et sa capacité à prodiguer des soins sûrs et de bonne qualité. » (West, 2002, p.187)

Ce travail est centré sur les **facteurs de risque** qui contribuent à l'installation d'une dépendance chez ces professionnelles. Les facteurs de risque incluent les critères personnels, environnementaux et de société identifiés comme des facteurs prédisposant au développement d'une dépendance aux toxiques. (Clark, 1988, p.12). Dans ce travail, l'accent sera mis sur les facteurs environnementaux définis par l'auteure comme les facteurs de l'environnement privé (familial) et professionnel de l'infirmière.

Les infirmières dépendantes sont aux prises avec diverses **drogues**, lesquelles sont définies comme toute substance naturelle ou synthétique, qu'elle qu'en soit l'origine, susceptible de produire ou modifier une réponse biologique. Ce terme est utilisé couramment pour désigner de façon restrictive les « drogues toxicomanogènes » (Marc & Simon, 2002, p.185). Dans ce travail, les drogues incluent la cigarette, l'alcool, les substances sous ordonnance (variables selon les pays) et les substances illégales (cannabis, héroïne, cocaïne, LSD etc.)

La consommation de drogues peut induire un état de **dépendance**. La dépendance est un état physiologique s'installant après consommation d'une drogue toxicomanogène et qui mène à son auto-administration répétitive (éventuellement contre la volonté de l'individu) (Marc & Simon, 2002, p.185). On peut également le définir comme un état physiologique de neuroadaptation causé par une administration répétée d'une substance et qui nécessite une administration continue de cette même substance afin d'éviter l'apparition d'un syndrome de manque (Stahl, 1996 cité par Griffith, 1999, p.20).

Si on traite d'infirmières dépendantes, il est également intéressant de se pencher sur la notion de **toxicomanie**. On peut la définir comme l'auto-administration d'une substance de façon compulsive (sans que l'individu qui se l'administre puisse se contrôler) (Marc & Simon, 2002, p.185). Dans les différentes recherches consultées, les auteurs abordent également la notion **d'abus de substances**, la consommation d'alcool ou de drogue dans le but de ressentir des changements psychiques ou physiques ou utilisation de substances médicamenteuses au-delà de leur prescription (Falz, 1998 in Griffith, 1999, p.20).

5. Méthode

5.1 Choix du devis

Le devis choisi pour répondre à la question de recherche est une revue de littérature étoffée. Ce devis est adapté pour diverses raisons :

Tout d'abord, il permet d'actualiser nos connaissances grâce aux travaux déjà effectués sur le sujet. Les recherches sur le thème des infirmières présentant un problème en lien avec un abus de substances ont bondi dans les années quatre-vingt. C'est en effet à ce moment que l'ANA a commencé à se pencher sérieusement sur ce phénomène (West, 2002, p.187). De ce fait, on peut imaginer que le nombre de recherches et d'articles élaborés sur le sujet depuis 1980 est important et peut être utilisé en vue d'établir une revue de littérature. De plus, l'intérêt de consulter des recherches s'étalant sur les trente dernières années est que cela permet de voir s'il y a eu ou non une évolution dans les facteurs de risque identifiés et les moyens de préventions mis en œuvre. Le cas échéant, cela pourrait permettre de déboucher sur de nouvelles pistes de recherche ou de prévention.

Par ailleurs, le thème de l'abus de substances au sein de la profession infirmière mérite un questionnement régulier de par son importance pour la pratique. Une revue de littérature nous permettra, au-delà de l'acquisition de connaissances sur le sujet, de poser de nouvelles questions de recherche. Elle offrira peut être aussi la possibilité aux professionnelles de la santé de s'informer sur l'état actuel des connaissances et de s'interroger afin de faire avancer les recherches et la prise en charge des infirmières concernées.

5.2 Stratégies de recherche

Afin de trouver la documentation nécessaire à l'élaboration de ce travail, diverses bases de données ont tout d'abord été consultées entre janvier 2008 et décembre 2008:

- Banque de Données en Santé Publique (BDSP)
- Pubmed
- Cinahl
- Medline

La seule banque de données ayant permis de trouver des articles répondant à la question de recherche était Pubmed. En effectuant des recherches sur cette base de données, divers mots-clés ont été employés (cf. point 5.3). La documentation trouvée grâce aux mots-clés introduits dans la barre de recherche de Pubmed était suffisante et assez bien délimitée pour que l'emploi des termes [Mesh] ne soit pas nécessaire.

Une autre stratégie, qui consistait à consulter la bibliographie des articles commandés, a été employée afin d'augmenter la documentation disponible.

5.3 Recherches effectuées

Les recherches suivantes ont été effectuées sur Pubmed :

Stratégie 1: nurses drugs addiction

Résultats: 54 recherches trouvées

Recherches retenues:

Kenna, G.A & Lewis, C.D. (2008),

Stratégie 2: risk factors substance use nurses

Résultats: 19 recherches trouvées

Recherches retenues:

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L. (1994)

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

Stratégie 3: risk factors drugs abuse nurses

Résultats: 40 recherches trouvées

Recherches retenues:

Bugle, L.W. (1996)

Stratégie 4: drugs alcohol abuse nurses

Résultats: 78 recherches trouvées

Recherches retenues:

Griffith, J. (1999)

Stratégie 5: chemically dependent nurses

Résultats: 57 recherches trouvées

Recherches retenues:

Sullivan, E. (1987)

Stratégie 6: recherche lancée sur les articles en lien avec les recherches précédentes

Recherches retenues :

Mynatt, S. (1996)

Trinkoff, A.M., Storr, C.L. & Wall, M.P. (1999)

Trinkoff, A.M., Soeken, K.L., Storr, C.L. & Zhou, Q. (2000)

West, M.M. (2002)

Stratégie 7: recherches découvertes grâce à la consultation des bibliographies des documents ci-dessus

Recherches retenues :

Kelly, M. & Mynatt, S. (1990)

Clark, M.D. (1988)

Green, P. (1989)

Plant M.L., Plant, M.A. & Foster, J. (1991)

Bissel, L. & Jones, R.W. (1981)

Wolfgang, A.P. (1989)

Tiplisk, V.M. (1993)

Caroselli-Karinja, M. & Zboray, S. (1986)

5.4 Population concernée

La population ciblée par l'auteure pour cette revue de littérature était les infirmières diplômées, qu'elles aient ou non consommé des substances. Les recherches portant sur d'autres populations de professionnels de la santé étaient acceptées dans la mesure où elles incluaient également une population d'infirmière diplômée et que celle-ci était assez représentative.

5.5 Critères d'inclusion et d'exclusion des recherches

À la lecture des premières recherches, les critères suivants ont été mis en évidence :

Critères d'inclusion

- recherches portant sur les facteurs ayant une influence sur l'abus de substances
- population : infirmières diplômées
- langue : français, allemand, anglais, espagnol
- dates : de 1980 à 2008

Critères d'exclusion

- recherches portant sur un autre aspect de l'abus de substances que les facteurs de risque (par ex ; la prévalence du phénomène, les conséquences etc.)
- recherches dans une langue inconnue (par ex. danois, finlandais.)
- population : étudiants dans le domaine de la santé ou population n'incluant que des professionnels d'autres domaines que les soins infirmiers.

5.6 Méthode d'analyse

Afin d'évaluer la validité des études choisies, la méthode de Bordage (1989), qui permet de vérifier la cohérence de la recherche, a été sélectionnée. Un exemple de cette grille d'analyse est présenté en annexe (No 1). Par la suite, une synthèse des analyses réalisées a été rédigée.

En lisant les recherches commandées, l'auteure a cherché à identifier des facteurs de risque environnementaux de l'abus de substances. Ceux-ci pouvaient être explicitement nommés comme tels ou déduits à partir de leur influence sur l'abus de substances.

Afin de justifier l'exclusion de certains articles, une autre grille tirée de la revue de littérature de Miles, Pearson & Rhodes (2006) a été employée et les résultats sont également présentés en annexe (No 3).

5.7 Synthèse des données

La synthèse des résultats a été réalisée de la manière suivante : Tout d'abord, l'auteur a effectué une première rédaction des grilles de lecture des études. Ensuite, les résultats ont été comparés afin de faire ressortir les facteurs les plus significatifs. Ceux-ci ont été regroupés sous plusieurs sous-chapitres présentés au sixième chapitre de ce travail.

Le chapitre « Discussion » des études a également été consulté. Ceci a permis de mettre en évidence des stratégies de gestion de la consommation de toxiques des infirmières.

6. Résultats

La lecture des articles scientifiques trouvés a permis de mettre en évidence les facteurs de risque environnementaux présentés ci-dessous. Lors de la rédaction de ce chapitre, de nouveaux concepts ont émergé et ont été définis.

6.1 L'environnement familial

L'environnement familial peut être défini comme le contexte dans lequel l'infirmière a grandi, les personnes qui ont constitué son réseau familial proche (West, 2002). Le fait d'avoir été élevé dans une famille dont certains membres présentaient un problème de drogue semble exercer une influence sur l'abus de substances des infirmières. Au cours d'une recherche, 37 personnes (86%) ont rapporté un problème d'abus de substances au sein de leur famille et 25 (58.1%) ont rapporté qu'un ou les deux parents abusaient de drogues ou d'alcool (Kowalski, 1997). Plusieurs autres travaux ont fait état d'un pourcentage important d'infirmières dépendantes ayant vécu dans une famille où l'alcool ou la drogue étaient consommés de manière excessive (Mynatt, 1996 ; Mynatt & Kelly, 1990, Plant et al., 1990 ; Walker Bugle, 1996).

On peut faire le même constat dans deux études ayant été effectuées dans les années quatre-vingt (Stammer, 1988 ; Sullivan, 1987). L'alcoolisme familial semble avoir influencé le développement de l'alcoolisme chez environ 80% de participantes à l'une de ces études (Stammer, 1988). Le scénario familial classique de ces participantes était caractérisé par l'instabilité, la fluctuation du fonctionnement familial et l'ambiguïté quant au rôle de chaque membre de la famille.

6.2 L'accessibilité sur le lieu de travail

L'accessibilité aux substances sur le lieu de travail est un thème fréquemment relevé dans les études concernant l'abus de substances chez le personnel soignant. Le lieu de travail est une source importante d'approvisionnement. Les infirmières ont d'une part accès aux médicaments des patients qu'elles distribuent et, d'autre part, ce sont en général elles qui effectuent la commande des différents médicaments nécessaires au service. L'accessibilité peut être définie selon la séquence suivante: les produits sont disponibles directement sur l'unité, ils sont fréquemment employés et les contrôles quant à leur emploi sont faibles (Trinkoff et al., 1999).

La plupart des infirmières traitées pour un problème de dépendance ont indiqué que le vol sur leur lieu de travail était leur principal moyen d'obtenir les substances (Walker Bugle, 1996). Une étude canadienne a montré que les prescriptions légales étaient la principale source d'approvisionnement en produits sous ordonnance. Suivaient le vol sur le lieu de travail et le détournement des médicaments des patients. Fait surprenant, aucune des participantes n'avait cherché un autre endroit que le lieu de travail pour acquérir les substances (Tipliski, 1993). Il est également intéressant de constater que les participants d'une autre étude effectuée aux USA consommaient en premier lieu des substances provenant du milieu hospitalier, le Percocet et le Demerol, deux antalgiques puissants sous ordonnance (Kowalski & Rancourt, 1997).

Dans leur recherche, Trinkoff et al. (2000) émettent et confirment l'hypothèse qu'une infirmière ayant facilement accès à des stupéfiants sur son lieu de travail a plus de risque de consommer des toxiques. Cette étude intitulée « *Prescription drug misuse and workplace access among nurses* », que l'on peut traduire par « Lien entre abus de substances sur ordonnance et accessibilité sur le lieu de travail chez les infirmières » donne les résultats suivants : les infirmières qui trouvaient que les substances étaient facilement disponibles dans leur unité et qui n'avaient pas ou peu connaissance de contrôles sur leur lieu de travail présentaient deux fois plus de risque de consommation par rapport au groupe de contrôle. Ce résultat fait écho à une autre recherche menée par Trinkoff, Storr & Wall (1999).

6.3 La spécialisation

La spécialisation, c'est-à-dire le fait de travailler dans certains domaines spécifiques des soins, serait un facteur de risque de consommation (Trinkoff & Storr, 1998). Une étude menée auprès d'une population d'infirmières spécialisées en soins aigus et une population d'infirmières travaillant dans un autre domaine (gynécologie, pédiatrie, médecine, etc.) a montré une différence importante de la prévalence de consommation de drogues illicites (83% pour les infirmières spécialisées en soins aigus contre 63% pour les autres) (Trinkoff & Storr, 1994). Les mêmes auteures ont effectué une autre recherche en 1998 portant sur les différences de consommation de substances entre les infirmières de diverses spécialisations. Parmi les infirmières consommant le plus de toxiques, on trouvait les infirmières spécialisées en oncologie (42%), en psychiatrie (40%) et les infirmières spécialisées dans le domaine des urgences et des soins intensifs adultes (38% dans chaque groupe).

Une partie de ces résultats semblent confirmés par une étude effectuée en Ecosse. Celle-ci donne les résultats suivants ; la consommation moyenne d'alcool des sept jours précédant la récolte de données était plus haute chez les infirmières de psychiatrie que chez les infirmières de médecine et de chirurgie (13 unités² contre 7.5-8.1 unités). Concernant la consommation à risque, seules 11 infirmières sur 351 (3.1%) ont rapporté avoir bu 35 unités et plus durant les sept derniers jours. Sept d'entre elles travaillaient en psychiatrie. Le même constat se fait chez les hommes ; 4 infirmiers sur 80 (5%) avaient bu plus de 50 unités d'alcool durant les sept derniers jours et tous travaillaient en psychiatrie. En complément, deux échelles ont été employées afin de déterminer les troubles liés à la consommation d'alcool et la consommation de drogues. La consommation de drogue ne présentait pas de différence significative entre les différents sous groupes. Par contre, les problèmes liés à la consommation d'alcool étaient plus fréquents chez les infirmières de psychiatrie (Plant, Plant & Foster, 1991).

² Une unité est définie comme la quantité d'alcool contenue dans un verre standard, c'est-à-dire environ 10 grammes. (Croix Bleue Romande, 2009)

La seule étude consultée ayant des résultats opposés à ceux des autres travaux portait sur une population d'infirmières sanctionnées pour abus de substances et un groupe contrôle. Dans cette étude, les professionnelles sanctionnées ne travaillaient pas plus dans des unités de soins aigus que celles du groupe contrôle (Walker Bugle, 1996) .

6.4 Les exigences du poste de travail

Les contraintes présentes dans le travail des infirmières, telles que les horaires irréguliers, la confrontation avec des situations de soins stressantes (maladie, mort etc.) et le manque de personnel auraient une influence sur le développement d'un abus de substances chez les infirmières (Clark, 1988). Dans une étude effectuée auprès d'infirmières, de médecins et de pharmaciens, le potentiel d'abus de substances était significativement corrélé avec le stress professionnel perçu pour tous les groupes de professionnels. Tous les participants présentant un potentiel d'abus de substances élevé avaient également un résultat plus élevé au HPSI (Health Professions Stress Inventory) que les participants ayant un potentiel plus faible (Wolfgang, 1989). Une étude portant sur l'alcoolisme chez des infirmières traitées pour abus de substances en Virginie a apporté les résultats suivants : L'âge des participantes était en lien avec le développement de l'alcoolisme. Une partie des jeunes infirmières et des infirmières âgées entre 41 et 65 ans ont commencé à boire durant les études ou en travaillant. Beaucoup de ces professionnelles ont indiqué avoir employé l'alcool comme mécanisme de Coping face au stress de la profession infirmière (Stammer, 1988).

Une recherche effectuée au Canada a montré que plus de la moitié des participantes a défini que la charge de travail excessive était le facteur le plus stressant des soins infirmiers. Elles ont également estimé, pour 50% d'entre elles, que le stress du métier avait contribué à leurs problèmes d'abus de substances. La majorité d'entre elles trouvait que les soins infirmiers était un domaine stressant à très stressant (Tipliski, 1993).

Une autre recherche présente un taux important de participants (56%) considérant le stress lié au lieu de travail comme un facteur contribuant à l'usage de drogue (Kelly & Mynatt, 1990). Cette recherche a été menée auprès d'infirmières traitées pour un problème de dépendance dans l'État du Tennessee. L'une des participantes a écrit :

Je ne travaille plus comme infirmière. L'immense stress physique et émotionnel lié au travail, le salaire misérable et les faibles avantages, les responsabilités et les risques irréalistes du métier, tout cela a rendu les soins infirmiers inintéressants. J'étais la meilleure élève de mon école, j'avais les meilleurs résultats de ma classe d'infirmières. Mais tous ces tracas, ça n'en vaut pas la peine (Kelly & Mynatt, 1990, p.38).

Une relation a été établie entre les symptômes dépressifs et la consommation de substances. Ces symptômes dépressifs sont également en lien avec une augmentation de la charge de travail. Un lien indirect entre les demandes du poste et la consommation de toxiques est donc suggéré (Trinkoff & al., 2000). Dans une autre étude portant sur des soignants ayant participé au West Tennessee Peer Assistant Program, 51% des participants ont indiqué avoir souffert de troubles mentaux, parmi lesquels la dépression était le diagnostic principal (Mynatt, 1996).

Une seule étude consultée n'allait pas dans le sens des résultats précédents : Les participants sanctionnés pour leur consommation ne jugeaient pas leur activité professionnelle plus stressante que les participants du groupe contrôle (Walker Bugle, 1996).

6.5 L'équation SNAO

L'équation SNAO, nommée ainsi pour Stress, Narcotics and other drugs, Access and Opportunity (littéralement Stress, Narcotiques et autres drogues, Accessibilité et Opportunité) est un schéma développé afin d'expliquer l'influence potentielle de différents facteurs sur la consommation de toxiques par les professionnelles de la santé. Le processus est le suivant :

Une infirmière « à risque » qui vit une crise vient sur son lieu de travail avec la souffrance physique et émotionnelle causée par cette crise. Si celle-ci est renforcée par un stress important lié au lieu de travail, l'infirmière risque d'employer des drogues afin de diminuer l'impact de ses problèmes. La liberté qui lui est accordée concernant la distribution des médicaments associée à des contrôles inadéquats rendent plus facile l'accès aux substances et l'opportunité de détourner les médicaments. L'infirmière piégée dans ce genre de situation peut manifester des comportements de désadaptation. Si ces comportements ne sont pas détectés, cela peut mener à un abus de drogues. (Kelly & Mynatt, 1990, p.39).

7. Consommation de toxiques chez les infirmières : quelles stratégies adopter ?

Le domaine de la santé a le devoir éthique de veiller à ce que les professionnels fassent leur travail avec compétence et sécurité.

Les différentes recherches consultées montrent qu'il est nécessaire d'informer les professionnels de la santé et les étudiants sur la consommation et l'abus de substances (Kenna, 2008 ; Kowalski & Rancourt, 1997 ; Mynatt, 1996 ; Stammer, 1988 ; Tipliski, 1993 ; Trinkoff & Storr, 1998). L'éducation sur l'addiction est un besoin prioritaire des étudiants et des soignants diplômés et des modes de traitements existent et sont efficaces pour la plupart des professionnels dépendants (Bissel, 1981 ; Kelly & Mynatt, 1990 ; Kenna, 2008). La profession infirmière doit continuer à relever le défi de la prévention et de l'identification rapide et doit intervenir plus tôt auprès des professionnels qui vivent la dépendance (Kowalski & Rancourt, 1997).

De plus, des directives devraient être élaborées afin de permettre la reconnaissance et la confrontation rapide des professionnels de la santé abusant de substances et de limiter le temps durant lequel ils sont en contact avec les patients. (Kenna, 2008 ; Kowalski & Rancourt, 1997 ; Stammer, 1988 ; Tipliski, 1993 ; Trinkoff & Storr, 1998)

Pour ce faire, une recherche menée aux Etats Unis dans les années nonante propose de faire appel à un consultant spécialisé dans le développement de procédures et de directives de gestion de l'abus de substances. Une fois que ces directives sont établies, le consultant peut enseigner leur application aux équipes afin de les aider à identifier les professionnels à problèmes et à repérer leurs méthodes de détournement des substances. Il est important que les supérieurs hiérarchiques et les membres des équipes connaissent les éléments à observer, les bonnes techniques d'intervention et les références en matière de traitement (Kelly & Mynatt, 1990).

Aux USA, diverses organisations professionnelles ont déjà recherché des stratégies en lien avec l'abus de substances en se centrant sur la prévention et le traitement de la consommation problématique de drogues. Ceci implique d'avoir des ressources en matière de prévention et de traitement et d'utiliser les procédures légales ayant fait leurs preuves (Kenna, 2008).

Comme les connaissances sur les drogues employées facilitent l'automédication, il serait possible de contrer ce phénomène en enseignant aux soignants des stratégies de gestion du stress et de demande de soutien. Et comme ces enseignements seuls ne seraient peut être pas suffisants, il serait peut être également nécessaire de modifier l'environnement de travail. Les professionnels et les associations de soignants devraient envisager des changements dans l'accessibilité aux substances afin de protéger la santé des soignants tout en maintenant des standards de qualité dans les soins (Trinkoff et al, 1999).

Des stratégies doivent être développées afin de cibler les besoins en soins des femmes qui sont différents de ceux des hommes. Des groupes de soutien non-mixtes seraient à mettre en place. Ceux-ci ne devraient pas proposer uniquement un soutien émotionnel mais également aider à développer des stratégies permettant de trouver des solutions aux problèmes, de se sentir plus efficace, de diminuer la dépression, la solitude et l'anxiété (Mynatt, 1996).

Divers auteurs ont constaté que, plus l'estime de soi et le sentiment d'utilité augmentaient chez la personne, plus ses compétences augmentaient de manière inversement proportionnelle à la consommation de drogues (Rhodes & Jason, 1990 ; Nyamathi, 1991 cités par Mynatt, 1996). Les groupes de soutien pourraient donc se centrer sur l'estime de soi des participants en les aidant à augmenter leurs compétences sociales et en les aidant à trouver des astuces pour gérer les problèmes (Ibid.).

Si l'abus de substances est en partie causé par le stress professionnel, quelles options pourraient être envisagées ? Les collègues et les supérieurs devraient être informés sur le risque de rechute lors de période de stress ou de maladie.

Il pourrait également être envisagé de rendre l'environnement de travail des professionnels de la santé moins stressant. Cependant, certains aspects du métier (évolution des maladies, contact avec la mort etc.) ne pourraient pas être modifiés. La troisième option serait donc d'apprendre aux professionnels à gérer le stress. Celle-ci aiderait les individus à gérer le stress lié au travail et permettrait également de créer un climat où les professionnels, connaissant le stress, ses mécanismes et ses conséquences, seraient plus à même de rendre l'environnement de travail moins stressant (Wolfgang, 1989).

Les infirmières ayant participé à une étude consultée ont insisté sur l'importance d'avoir un environnement de travail soutenant dans le processus de guérison (Stammer, 1988). Après avoir été traités, les professionnels devraient pouvoir réintégrer une équipe de soins. Il ne devrait pas avoir de licenciement punitif. Une solution proposée dans une recherche est de prévoir dans le règlement de l'institution une directive qui impose de faire une thérapie afin de pouvoir continuer à exercer et un nouveau cadre de travail pour les professionnels reprenant le travail après avoir été soigné (Kelly & Mynatt, 1990). Des excellents résultats peuvent être obtenus avec des personnes abusant de drogues ou d'alcool si leur problème est identifié à temps et si on leur garantit que leur droit à travailler sera conservé (Bissel, 1981).

8. Discussion

Ce chapitre a entre autre permis de faire émerger différentes hypothèses, notamment en lien avec les facteurs de risque identifiés et les stratégies de gestion proposées. Il est évident que ces hypothèses mériteraient d'être vérifiées au cours d'autres travaux (revues de littérature ou recherches).

8.1 Méthode des études : point de vue critique

Pour cette revue de littérature, quinze articles ont été analysés. D'autres articles ont également été consultés mais n'ont pas été inclus. Les raisons de l'exclusion de ces articles sont présentées dans un tableau en annexe (No 3).

Parmi les 15 recherches consultées, huit étaient des études descriptives simples, quatre étaient des études descriptives comparatives et trois étaient des études corrélationnelles prédictives. De plus, elles étaient qualitatives et quantitatives.

Un point faible de la plupart des études est que leur design n'était pas explicite mais devait être déduit par le lecteur.

La majorité des études présentaient les composantes principales requises pour un travail de qualité, c'est-à-dire une introduction, un chapitre "Méthode", un chapitre "Résultats", une discussion et une conclusion. La conclusion n'était pas toujours présentée comme un chapitre à part mais, dans ce cas, on la retrouvait en fin de discussion.

Les études retenues pour cette revue de littérature ont été élaborées entre 1980 et 2008. Cette période peut paraître trop large, cependant elle a permis à l'auteure de voir l'évolution des facteurs de risque et d'en tirer des hypothèses. Celles-ci sont présentées dans les chapitres suivants.

Onze études sur quinze avaient un nombre de participants suffisant pour que les résultats soient représentatifs (entre 100 et plusieurs milliers). Toutefois, quatre études avaient un nombre de participants relativement faible (respectivement 22, 34, 43 et 77 personnes). Ceci peut s'expliquer par le fait

qu'il est difficile d'entrer en contact avec des infirmières ayant un problème de dépendance ou étant en traitement (Sullivan, 1987 ; Tipliski, 1993). Étant donné la sensibilité des données récoltées, la crainte de subir des conséquences négatives sur le plan professionnel est peut-être une des raisons qui ont poussé les professionnelles à refuser de participer aux études. On peut également mettre cet élément en lien avec la culpabilité de certaines professionnelles évoquées dans l'introduction. Par ailleurs, on constate que les quatre études ayant le plus faible nombre de participants (Kelly & Mynatt, 1990 ; Kowalski et Rancourt, 1997 ; Stammer, 1988 ; Tipliski, 1993) sont des travaux portant uniquement sur des professionnelles étant ou ayant été en traitement pour dépendance dans une région donnée. La population étant, dans ce cas, relativement faible, il n'est pas surprenant que le nombre de participantes ayant accepté de participer à l'étude ne soit pas très conséquent.

Seule la moitié des études étaient claires sur le fait que le consentement éclairé des participants ou l'accord d'un comité d'éthique avait été demandé. Dans les autres recherches, cette notion était seulement suggérée. Dans certains cas, les participants avaient reçu un document à renvoyer leur permettant d'être retirés des listes de participants (Trinkoff & al., 2000 ; Trinkoff & al., 1999 ; Trinkoff & al., 1998). Pour une autre étude, il était précisé que certains participants avaient refusé de participer, ce qui laisse supposer qu'on leur a demandé leur consentement (Plant & al., 1991). Enfin, certaines études spécifiaient uniquement que leur outil de récolte de données était anonyme, ce qui peut indiquer que la confidentialité était respectée (Walker Bugle, 1996 ; Wolfgang, 1989). Ceci n'est toutefois qu'une faible preuve que l'éthique était respectée.

Les auteurs ont discuté et comparé leurs résultats avec les sources qu'ils ont consultées. Des propositions de recherches futures ou des stratégies pour la pratique sont présentes et on retrouve les limites des études dans la majorité des cas.

8.2 Facteurs de risque identifiés : quelles hypothèses peut-on émettre ?

Les facteurs de risque identifiés au cours de ce travail sont l'environnement familial, l'accessibilité, la spécialisation et les exigences du poste de travail. Tout d'abord, on peut constater que ces résultats sont en partie communs avec les facteurs identifiés dans l'introduction.

Ensuite, on remarque qu'un des facteurs de risque est plutôt d'ordre sociologique. En effet, l'auteure a trouvé nécessaire d'inclure l'environnement familial dans les facteurs de risque, car le fait d'avoir des membres de la famille proche abusant d'alcool ou d'autres drogues a été identifié comme étant une caractéristique d'un bon nombre d'infirmières dépendantes (cf. chapitre 6.1). Cependant, il est impossible d'avoir une quelconque influence sur cet élément à l'heure où la professionnelle est identifiée comme ayant elle-même des problèmes de dépendances.

En examinant les trois facteurs de risque restant, on se rend compte qu'ils sont partiellement liés. On peut en effet faire l'hypothèse que les domaines de spécialisations où l'abus de substances est le plus fréquent sont également des domaines où l'accessibilité est grande et où les exigences du poste de travail et le stress sont élevés.

Dans les divers travaux consultés, il a été déterminé que l'accessibilité était en lien avec la consommation de toxiques. En effet, parmi les infirmières ayant évalué que l'accès à certaines substances était relativement aisé sur leur lieu de travail, le pourcentage d'infirmières dépendantes ou à risque était très élevé. On peut donc émettre l'hypothèse suivante : les infirmières dépendantes cherchent à travailler dans des unités où elles savent qu'elles pourront plus facilement se procurer les substances consommées. Une autre hypothèse serait que, lorsque les professionnelles ont aisément accès aux substances, certaines d'entre elles ont plus facilement tendance à choisir la consommation comme stratégie d'adaptation lors de situations de crise.

La spécialisation semble également avoir une influence sur la toxicodépendance des soignantes. Les domaines étant le plus touché par la dépendance des professionnelles étaient les soins aigus (urgences, soins intensifs), la psychiatrie et l'oncologie. A nouveau, diverses hypothèses peuvent être émises. Tout d'abord, les professionnelles de la santé travaillant dans le domaine des urgences auraient plus tendance à avoir des traits de personnalité en lien avec la recherche de sensations fortes. De plus, les conditions de travail dans les unités d'urgences et de soins intensifs (le contact fréquent avec la mort, l'imprévisibilité, la rapidité des interventions, l'importance des médicaments, la charge de travail et l'accessibilité aux substances contrôlées) pourraient influencer sur les taux de consommation de toxiques (Trinkoff & Storr, 1998).

Concernant les infirmières spécialisées en oncologie, la consommation de toxique pourrait être une stratégie de gestion des émotions. En effet, une étude effectuée auprès d'infirmières en oncologie a montré que cette population de professionnelles avait besoin de prendre de la distance afin de limiter l'impact émotionnel du travail auprès de patients cancéreux (Haberman & al, 1994 cités par Trinkoff & Storr, 1998).

Enfin, les infirmières travaillant en psychiatrie doivent également faire face à des situations de soins complexes. Si on se penche sur les exigences du Certificate of Advanced Studies (CAS) en psychiatrie, l'une des compétences de l'infirmière est de gérer des problématiques en lien avec des comportements violents et de dépendance, des troubles anxieux, des troubles de l'humeur et des troubles de l'alimentation (HES-So Valais, 2008). Bien sûr, il s'agit d'une exigence d'un diplôme que toutes les infirmières travaillant en psychiatrie ne possèdent pas. Cependant, elles ont toutes affaire à la même population et les troubles dont celle-ci souffre nécessite une prise en charge longue et complexe. Et les conditions de travail ne sont pas toujours optimales pour permettre des soins adéquats. Un article concernant l'hôpital psychiatrique de Marsens fait état de cette problématique. « Devant la surcharge de travail, le personnel ne peut souvent fournir que le service minimal [...] » (Luy, 2000). Ceci peut provoquer un épuisement professionnel et amener à la consommation de toxiques. « Les nouveaux venus sont plus motivés. Mais par la suite, il y a fréquemment des cas de burn-out dans cette profession » (Ibid.)

Le dernier facteur de risque identifié est les exigences du poste de travail. Le domaine des soins infirmiers présente des caractéristiques (horaires irréguliers, contact avec la maladie et la mort ou manque d'effectif) qui peuvent induire un stress important chez les professionnelles. Dans ce contexte, on peut émettre l'hypothèse que la consommation de toxiques représente une stratégie de Coping. Le Coping est l'élaboration de stratégies par un individu face à une situation perçue comme stressante, après avoir évalué ses ressources et dans le but de maîtriser ou diminuer l'impact de cet événement sur son bien être (Lazarus & Folkman, 1984 cités par De Reyff, 2003). Il peut être centré sur le problème, c'est-à-dire que la personne va chercher des solutions pour modifier la situation. Mais il peut également être centré sur l'émotion ; dans ce cas, la personne va tenter de gérer la tension émotionnelle provoquée par la situation vécue (Bruchon-Schweitzer, 2001 cité par De Reyff, 2003). La consommation de toxiques pourrait être considérée comme une stratégie de Coping centrée sur l'émotion. Ce genre de stratégies ne fonctionne malheureusement qu'à court terme et n'apporte pas de solutions à la situation.

Un fait intéressant constaté dans cette revue de littérature est que ces facteurs de risque ressortent dès les années quatre-vingts. On peut supposer que les facteurs de risque sont connus mais que les actions qui permettraient de limiter leur impact peinent à émerger (pour des raisons pratiques ou financière, par exemple). Une autre hypothèse serait que les institutions ne sont tout simplement pas au courant des travaux effectués dans le domaine.

8.3 Intérêt des stratégies de gestion proposées dans les études

En examinant les diverses stratégies de gestion de la dépendance présentées dans les recherches consultées, on constate que les principales propositions tournent autour de l'information des professionnelles et des étudiantes en soins infirmiers sur la dépendance des soignantes, les causes et les symptômes possibles de ce trouble. Il serait en outre nécessaire que les infirmières connaissent des stratégies de gestion du problème et de confrontation des collègues ayant un problème de dépendance. Ce manque d'information est

relevé dans l'introduction (cf. p.7). Par ailleurs, les soignantes auraient besoin d'être renseignées sur la manière de gérer le stress. Enfin, il est également relevé que la sanction consistant à retirer le droit d'exercer aux professionnelles dépendantes n'est pas productive. Au contraire, elles auraient besoin d'être soutenues dans leur démarche.

Il est intéressant de constater que ces stratégies sont proposées dans les études les plus anciennes mais également les plus récentes. On peut donc supposer que les professionnelles ne possèdent toujours pas les outils nécessaires à la gestion de ce problème, bien que les recherches pointent l'importance de ces connaissances depuis au moins vingt ans. Cet élément peut également être mis en lien avec le déni du problème au sein de la profession évoqué dans l'introduction (cf. p. 6). L'hypothèse que l'on peut émettre est que les personnes qui pourraient proposer des changements en matière d'enseignement ou d'organisation des services ne sont pas au courant de ces résultats. Une autre hypothèse serait que certains moyens (augmentation du personnel dans les équipes, organisation de groupes de recherches etc.) sont trop onéreux pour être envisagés.

Le dernier chapitre des résultats porte sur l'équation SNAO. Cet outil élaboré par Kelly & Mynatt (1990) pourrait être un des éléments enseignés aux professionnelles afin de mieux comprendre le mécanisme pouvant mener à l'abus de substances.

8.4 Réponse à la question de recherche

Quels sont les facteurs de risque environnementaux pouvant entraîner l'usage de drogue chez les infirmières diplômées et quelles sont les stratégies proposées pour y faire face?

Les résultats de cette étude mettent en évidence des facteurs pouvant influencer la consommation de toxiques chez les infirmières. Les études consultées ne traitaient pas toutes directement des facteurs de risque de l'abus de substances, cependant, elles faisaient part de caractéristiques présentes

particulièrement chez les infirmières dépendantes ou en traitement. Certaines de ces caractéristiques pouvaient donc être incluses dans les facteurs de risque. La réponse à la question de recherche est ainsi donnée.

9. Conclusion

Cette conclusion porte sur les propositions de recherches futures, l'implication des résultats pour les soins et les points forts et les points faibles de cette revue de littérature.

9.1 Proposition de recherches

La discussion de cette revue de littérature amène diverses propositions en matière de recherches futures. En premier lieu, le lien entre le contexte familial et la dépendance chez certaines professionnelles pourrait faire l'objet d'une étude sociologique, voire biomédicale. On peut en effet se demander de quelle manière le fait d'avoir des membres de sa famille consommant des toxiques de manière excessive influence la consommation de certaines professionnelles.

Un autre élément pourrait également être étudié. En examinant les résultats, on constate que certains facteurs de risque ont été identifiés dans plusieurs études s'étalant sur dix ans ou plus. Une recherche pourrait être menée afin de déterminer pourquoi certains éléments mis en évidence depuis longtemps ressortent dans les études plus récentes sans pour autant qu'une solution semble être envisagée. Cette recherche pourrait entre autre évaluer les éventuels freins au développement de stratégies visant à diminuer l'influence des facteurs de risque identifiés.

Les stratégies de gestion mettent l'accent sur un manque de formation quant à l'abus de substances des infirmières chez les professionnelles et les étudiantes. Une recherche pourrait être effectuée sur la connaissance que possèdent les professionnelles sur le phénomène et les moyens de gestion, en Suisse et ailleurs.

Enfin, il serait intéressant de mener une étude sur les facteurs de risque en Suisse afin de déterminer si ceux-ci sont les mêmes qu'en Ecosse ou outre-Atlantique.

9.2 Implication des résultats pour les soins

Les résultats de cette étude ont mis en évidence plusieurs facteurs de risque environnementaux sur lesquels il serait intéressant de travailler dans les unités de soins.

Tout d'abord, une évaluation de l'accessibilité aux substances pourrait être menée dans les unités de soins. Les points à évaluer pourraient être :

- les diverses substances présentes dans l'unité
- les aspects administratifs en lien avec leur commande et leur administration (fiches de commandes, signatures, nom du patient à inscrire lors de l'administration d'un médicament spécifique etc.)
- les différents modes de surveillance des professionnelles (contrôles surprises dans les unités, double contrôle lors de la préparation de certains traitements etc.)
- le conditionnement des médicaments (contenance des ampoules et des emballages ; est-elle assez variée ? etc.)

On peut également imaginer qu'un groupe de praticiens de diverses professions médicales se réunisse afin de déterminer des stratégies permettant de mieux gérer l'accessibilité aux substances dans les unités.

Les exigences de la profession sont également un facteur de risque et semblent être fortement en lien avec le stress professionnel. Une des stratégies proposées dans les études consultées est d'apprendre aux professionnelles divers modes de reconnaissance et de gestion du stress professionnel. Les infirmières sont soumises à un bilan de compétences annuel dans la plupart des institutions. On pourrait imaginer leur faire passer un test évaluant leur ressenti du stress dans leur activité professionnelle et leur manière de le gérer. Et comme les infirmières suivent régulièrement des cours de réanimation afin d'être le plus compétentes possible le jour où elles devraient faire face à un arrêt cardio-respiratoire, elles pourraient également suivre des sessions d'information sur le stress et les moyens de le gérer.

Le manque d'informations sur le thème de l'abus de substances chez les infirmières ayant été plusieurs fois mis en avant au cours de ce travail, il semble important de travailler cet élément. Les différentes recherches consultées n'offraient que peu de stratégies concrètes pour pallier à ce manque, toutefois, certaines pistes ont été trouvées dans d'autres documents (Green, 1989 ; Brechbühler, 1998 ; Associations des Infirmières et Infirmiers du Nouveau-Brunswick, 2003).

Concernant les étudiantes :

- inclure au programme d'étude des informations sur le thème de l'abus de substances par les professionnelles, par exemple lors des cours sur la toxicodépendance

Concernant les professionnelles :

- proposer des formations internes sur le thème de l'abus de substances des infirmières, les causes, les symptômes et les possibilités de traitement, ce pour tous les niveaux de la hiérarchie
- apprendre aux infirmières des stratégies pour aborder de manière constructive une collègue qu'elles soupçonnent de consommer des substances. Indiquer clairement à quels professionnels elles peuvent s'adresser pour signaler leurs doutes et/ou lorsque la discussion est dans l'impasse (infirmière cheffe, infirmière responsable de la santé au travail etc.)
- créer un groupe de soutien pour les infirmières concernées (par le biais du service de médecine du personnel par exemple)
- informer les infirmières sur les personnes ressources auxquelles elles peuvent s'adresser en cas de difficultés liées à leur santé (entre autre une consommation de toxiques)
- élaborer une stratégie de réinsertion des collègues ayant terminé leur programme de réadaptation (conditions de réengagement, limites de la pratique de l'infirmière, voire prises de sang et analyses d'urine aléatoires, etc.)
- élaborer des outils permettant de gérer les situations rencontrées (fiches de documentation des irrégularités dans les stupéfiants, fiches de documentation des comportements suspects etc.)

À ce propos, l'hôpital universitaire de Zürich a élaboré un programme de dépistage et de prise en charge des collaboratrices en danger basé sur quatre principes : la fin du tabou – pas de punition – dédramatisation – coresponsabilité au lieu de pitié (Brechtbühler, 1998, p.74).

En observant ces stratégies, on peut constater que certains éléments entrent en contradiction (faire des contrôles surprise versus travailler ensemble) ; ceci est dû au fait que ces stratégies ne sont pas des recettes applicables dans toutes les situations mais des outils à employer au cas par cas.

Parmi les infirmières travaillant dans certains domaines des soins infirmiers, il semble y avoir une consommation de substances plus élevée. Ceci est influencé par les éléments ci-dessus : l'accessibilité aux substances est peut être plus grande aux soins intensifs ou en anesthésie et les situations de stress particulièrement fréquentes. Les éléments proposés s'appliqueraient donc tout à fait à ces unités de soins. Quant aux éléments propres à la personnalité des infirmières travaillant dans ces unités, ils sont intéressants à connaître mais il serait assez difficile de trouver un moyen de les gérer.

Toutes ces recommandations visent à permettre aux infirmières de travailler dans le respect des notions de déontologie mises en évidence dans le cadre de référence (cf. p. 15). Elles visent également la mise en place d'une politique de prévention offrant aux infirmières dépendantes la possibilité d'être traitées rapidement et de limiter les répercussions négatives de leur addiction sur leur rôle professionnel.

9.3 Critique de la revue de littérature

Un premier point positif de ce travail est que la majorité des études consultées était, d'après les critères la grille de lecture de Bordage (1989), de bonne qualité. Les commentaires présents à la fin de chaque grille présentée en annexe vont dans ce sens. Le fait que certaines études soient plutôt anciennes

peut être un point négatif. Toutefois, elles permettent de voir l'évolution de ce problème de santé sur plusieurs années, ce qui est un point positif.

Le principal point négatif de cette étude est le fait que la majorité des études viennent des États Unis. Les résultats sont donc principalement valables pour ce pays. Toutefois, les résultats obtenus dans les études menées au Canada et en Écosse vont dans le sens de ceux des recherches américaines. Ceci laisse supposer qu'une étude menée en Suisse pourrait également corroborer les travaux effectués aux États Unis.

Un autre point négatif est que les stratégies de gestion de l'abus de substances proposées dans les études restent très abstraites. Il aurait été intéressant de savoir **comment** mieux informer les infirmières et gérer l'accessibilité par exemple. Comme expliqué plus haut, des informations plus concrètes ont été trouvées dans d'autres documents consultés sur le sujet, mais très peu dans les recherches ayant servi à la revue de littérature.

9.4 Conclusion de l'auteur

Ce travail représente ma première revue de littérature. Je me suis donc retrouvée plusieurs fois en difficulté de par mon manque d'expérience dans le domaine de l'analyse critique d'articles scientifiques. J'ai toutefois acquis des outils qui me seront très utiles dans ma pratique professionnelle lorsqu'il s'agira de faire appel à des connaissances scientifiquement prouvées.

Au tout début de ce travail, je souhaitais aborder le thème de la relation entre soignant et toxicomane. Toutefois, en parlant avec plusieurs infirmières et en effectuant des recherches sur les bases de données, je me suis rendue compte que l'abus de substances par les infirmières elles-mêmes revenait fréquemment et mon intérêt s'est porté sur ce sujet. Ma curiosité a été renforcée lorsque j'ai constaté que, conformément à ce que disaient certaines études, le thème

n'était absolument pas abordé au cours de ma formation et les professionnelles elles-mêmes étaient très fermées face à ce sujet.

Par ce travail, je pense avoir acquis des connaissances que je pourrai transférer dans sa pratique. J'espère également pouvoir, dans une certaine mesure, sensibiliser les différents acteurs des soins infirmiers à ce sujet afin de faire avancer la gestion de ce problème.

Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives de la HEdS. Les références utilisées sont nommées et identifiées.

Bibliographie

Recherches et ouvrages

Association des Infirmières et Infirmiers du Nouveau-Brunswick (2003). *Reconnaître et gérer les problèmes d'abus de substances au sein de la profession infirmière*. Fredericton : Auteurs

Barois, G. (1990). *Je me spécialise*. Paris : Lamarre

Bissel, L. & Jones, R.W. (1981). The alcoholic nurse. *Nursing Outlook*. 96-101

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

Brechbühler, M. (1998). Aider l'autre au prix de sa santé. *Soins infirmiers*. 12/98. 72-75.

Bry, BH. (1983). Predicting drug abuse. *International Journal of the Addictions*. 18. 222-233

Bugle, L.W. (1996). A study of drug and alcohol use among Missouri RNs. *Journal of Psychosocial Nursing*. Vol. 34. 41-45

Caroselli-Karinja, M. & Zboray Drozd, S. (1986). The impaired nurse. *Journal of Psychosocial Nursing*. 14-19

Conseil International des Infirmières (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève: Auteur

Clark, M.D. (1988). Preventing drug dependency; Part I, recognizing risk factors. *Journal of Nursing Administration*. 5-12

De Reyff, M. (2003). *Le stress*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de la Santé

Danis, M. (2001). *Survivre aux soins, défi du soignant*. Montréal : Médiaspaul

Gaurier, P. (2006). *Etre infirmier aujourd'hui*. Paris : Ellébore

Griffith, J. (1999). Substance abuse disorders in nurses. *Nursing Forum*. 4. 19-27

Green, P. (1989). The chemically dependent nurse. *Nursing Clinics of North America*. 81-94

Henry, D., Howard, M.J. & Hughes, T.L. (2002). Nurses' use of alcohol and other drugs: findings from a national probability sample. *Substance Use and Misuse*. 37. 1423-1440

ISPA (S.d.). *La réalité sur les drogues: Corriger les erreurs courantes*. Lausanne : Auteur

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

Kenna, G.A & Lewis, C.D. (2008). Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. Access: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/3/1/3>

Kowalski, C. & Rancourt, M.P. (1997). Profile of the nurse participating in a substance abuse program of a board of registration in nursing in a New England State. *Journal of Addictions Nursing*. 22-29

Lay, F. (2000). Marsens en mal de temps. *Psychiatrie*.

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Saint-Laurent

Marc, B. & Simon, G. (2002). *L'infirmier(e) et les toxicomanies*. Paris : Masson

Miles, G., Pearson, A. & Rhodes, L. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice* 2006. 12. 178-192

Mynatt, S. (1996). A model of contributing risk factors to chemical dependency in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing*. 34. 13-22

Robbe, A. & Vannelle, J-M. (2003). *Psychiatrie*. Rueil-Malmaison : Lamarre

Rochat, F. (2006). *L'alcoolisme au féminin*. [Polycopié]. Fribourg: Haute Ecole de la Santé

Plant M.L., Plant, M.A. & Foster J., (1991), Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses; a Scottish study. *Drug and Alcohol Dependence*. 195-202

Schalckens-Fuks, M. (1997). *Les soignants et les toxicomanes*. Paris : Lamarre

Stammer, M.E. (1988). Understanding alcoholism and drug dependency in nurses. *QRB*. 75-80

Sullivan, E. (1987). Comparison of chemically dependent and nondependent nurses on familial, personal and professional characteristics. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 48. 563-568

Tipliski, V.M. (1993). The characteristics of recovering chemically-dependent Manitoba nurses. *The International journal of the Addictions*. 711-717

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L. (1994). Relationship of specialty and access to substance use among registered nurses; an exploratory analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 36, 215-219

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L. (1998). Substance use among Nurses; differences between specialties. *American journal of public Health*. Vol. 88-4, 581-585

Trinkoff, A.M., Storr, C.L. & Wall, M.P. (1999). Prescription-Type drug misuse and workplace access among nurses. *Journal of Addictive Disease*. Vol. 18-1. 9-17

Trinkoff, A.M., Soeken, K.L., Storr, C.L. & Zhou, Q. (2000). Workplace access, negative proscription, job strain and substance use in Registered Nurses. *Nursing Research*. Vol. 49-2. 83-90

Wolfgang, A.P. (1989). Substance abuse potential and job stress; a study of pharmacist, physicians and nurses. *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*. 97-110

West, M.M. (2002). Early risk indicators of substance abuse among nurses. *Journal of nursing scholarship*. 34:2, 187-193

Documents vidéos

Gagnet, M. (17 juin 2009). *66 Minutes. Alcool : les femmes lèvent le tabou.* [Enregistrement vidéo]
Paris : M6

Sites internet

ASI (2009). *Définitions des soins infirmiers*. [Page WEB].

Accès :

<http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/0default-f/frameset-f.htm>

Page consultée le 30 mai 2009

Code de la santé publique (17 mai 2008). *Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre 1er : Exercice de la profession*. [Page WEB]

Accès :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=CC7D3478A8D704E29D93028AB1FAB88A.tpdjo14v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006171306&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080519

Page consultée le 20 mai 2008

Croix Bleue Romande (2009). *Qu'est-ce qu'un verre standard ou une unité d'alcool ?* [Page WEB]

Accès :

<http://www.raidblue.ch/prevention-jeunes/alcool/dependances/est-ce-verre-standard-unite-alcool.html>

Page consultée le 27 mai 2009

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (s.d.). *L'infirmière et les problèmes d'abus de substances intoxicantes : responsabilités déontologiques*. [Page WEB]

Accès :

<http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol4no1/ss07.htm>

Page consultée le 21 novembre 2007

Grichy, J. (s.d.). *Intérêt de l'informatique pour la prévention*, [Page WEB]

Accès :

http://www.urml-idf.org/urml/medec03/Dr_Grichy.pdf

Page consultée le 15 juin 2008

HES-SO Valais (2009). *Formation postgrade ; CAS en psychiatrie*. [Page WEB]

Accès : <http://infirmiere.hevs.ch/getDoc.asp?ID=3096>

Page consultée le 12 juin 2009

Annexes

A. Lecture critique d'articles scientifiques ; grille de Bordage (1989)

1. Titre

- 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. Auteur(s)

- Les titres (diplômes, poste universitaire) et le lieu de travail de l'auteur sont clairement décrits (permettant d'apprécier la crédibilité de l'auteur).

3. Résumé

- Le résumé est un condensé de chacune des composantes de l'étude et non seulement d'une partie de l'article comme la section discussion : problématique et question de recherche, matériel et méthodes, sujets, résultats, discussion et conclusion, implications.
- Le résumé contient des données précises; les résultats les plus significatifs sont présentés.
- Les retombées de l'étude sont décrites à leur juste mesure c'est-à-dire qu'on ne généralise pas au-delà des limites de l'étude.

4. Introduction et revue de la littérature

- 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 et 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.

5. 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 (i.e., 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 (e.g., explications autres que celles contrôlées par le chercheurs, présence de biais).
- 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 ou le contexte où s'est déroulé l'étude est clairement décrit.
- Les méthodes d'analyse statistique sont clairement énumérées.

- Les méthodes d'analyse statistique sont appropriées.

6. 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.

7. 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).

8. Références

- Le nombre de références est raisonnable (ni trop, ni trop peu); chacune d'elle apporte un éclairage particulier.
- Le contenu de l'article démontre clairement que les références citées ont été lues et bien comprises par l'auteur.

- Les références sont présentées selon les règles acceptées de rédaction autant dans le texte que dans la bibliographie (e.g., selon l'Index Medicus ou la revue prévue pour publication).

9. Considérations générales

- 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.

B. Fiches de lecture des articles scientifiques

Bibliographie	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> Access; www.substanceabusepolicy.com/content/3/1/3 USA
Type d'étude	Etude descriptive simple
Question/But/Hypothèse	Le but de cette recherche est d'étudier les facteurs de risque contribuant à une consommation de drogue ou d'alcool chez les professionnels de la santé grâce à une auto-évaluation de la consommation d'alcool et d'autres drogues durant les dernières années.
Ethique	L'étude a été approuvée par le comité éthique indépendant de l'Université de Rhode Island. Elle n'a bénéficié d'aucun fond externe. Les participants ont reçu un formulaire de consentement éclairé. De plus, ils ont reçu une carte qu'ils pouvaient renvoyer s'ils désiraient être rayés des listes de participants.
Méthode	Le questionnaire était composé des catégories suivantes tirées d'autres études sur l'abus de substances chez les soignants. -les substances évaluées (ont été spécifiées et classifiées) -le mode de consommation d'alcool -l'historique familial de consommation d'alcool et de drogues -l'invincibilité professionnelle -la religiosité -le réseau social -l'accès aux drogues -les jugements négatifs

	<p>-les croyances protectrices -l'influence du milieu professionnel et social sur la consommation personnelle de substances</p> <p>Les trames d'évaluation étaient pour la plupart tirées d'autres recherches déjà effectuées. Les données ont été analysées grâce au Statistical Analysis System. Comme le sondage était anonyme, il n'y avait pas de moyen d'évaluer directement les différences entre les participants ayant répondu et ceux ne l'ayant pas fait. Afin d'évaluer un éventuel biais de réponse et un éventuel lien entre les résultats de consommation de substances et le moment auquel le sondage avait été renvoyé, les données ont été examinées en employant la régression logistique, l'analyse de variance (ANOVA) et l'analyse de corrélation bivariée et en définissant la consommation de substances comme une fonction du temps de réponse [de retour des données]. Ces méthodes laissent supposer que la troisième vague de personnes ayant répondu est la plus représentative des participants n'ayant pas répondu. Enfin, afin de répondre au but de l'étude, la régression logistique a été employée afin de définir les facteurs biopsychosociaux en lien avec la consommation d'alcool et d'autres drogues.</p>
Population	<p>L'échantillonnage a été sélectionné grâce à des listes concernant chaque profession mises à disposition en 2002 par le Département de la Santé de l'Etat concerné. Basé sur la population de chaque groupe de professionnels de la santé, un échantillonnage aléatoire a été effectué en choisissant chaque « nième » personne de chaque liste. Le nombre de professionnels de la santé prévu était de 784 personnes, composées de 178 dentistes, 188 infirmières, 186 pharmaciens et 196 médecins.</p> <p>La moyenne d'âge de tous les participants était de 47.5 ans. Les participants étaient principalement blancs (92.9%) et mariés (77.7%).</p>
Résultat	<p>Après avoir éliminé les résultats non exploitables, le taux de réponse final était de 68.7%. Le taux de réponse le plus élevé était celui des infirmières (73.3%) et le plus bas, celui des médecins (63.4%). Afin d'examiner la consommation de drogues et d'alcool et de donner une mesure de l'abus de substances, les participants ont été séparés en deux groupes selon la consommation évaluée. Cette division a permis d'évaluer l'usage de drogues et d'alcool des participants et de déterminer que les 25% de la population étudiée faisant partie du premier groupe étaient ceux ayant la consommation de substances la plus importante.</p>

	<p>Pour répondre au but de l'étude, chaque catégorie du questionnaire a été évaluée individuellement et les catégories n'étant pas significatives ont été éliminées. Les catégories significatives étaient l'invincibilité professionnelle, la consommation d'alcool, le fait de se faire proposer des substances par des professionnels ou par son entourage et le fait d'avoir un réseau social incluant des personnes ayant des problèmes d'abus de substances. Dans ce modèle, seules les variables vraiment significatives ont été présentées.</p>
<p>Discussion/Conclusion</p>	<p>La discussion expose et compare les résultats obtenus avec ceux d'autres études.</p> <ul style="list-style-type: none"> -les professionnels de la santé plus âgés avaient deux fois moins de risque de faire état d'une consommation significative d'alcool ou de drogues, ce qui est en accord avec la littérature qui suggère que la prévalence de consommation de substances dans la population générale décline avec l'âge après avoir été au sommet chez le jeune adulte. -la relation possible entre la consommation de cigarette et d'alcool /d'autres drogues et en accord avec de précédentes recherches. -un usage modéré ou plus important d'alcool, de même qu'un usage de drogues, était un prédicateur significatif d'une autre consommation de drogue. -les professionnels de la santé qui ont émis le plus de désaccord quant au fait d'avoir besoin de certaines substances pour travailler avaient bien moins de risque de faire état d'une consommation d'alcool ou de drogues durant les dernières années. Cette étude suggère que les professionnels qui ne prendraient aucune substance dans un but de soutien, comme pour rester au travail, auraient moins de risque de consommer une quelconque substance. Contrairement à ce qui était attendu, l'invincibilité pharmacologique ne serait pas une fausse croyance mais bien un vrai système de croyance chez les professionnels et serait spécialement protecteur dans un modèle « consommation versus non consommation ». -les offres d'alcool et d'autres drogues par le cercle social ou professionnel étaient un prédicateur significatif pour le modèle « consommation versus non consommation ». Les contacts sociaux peuvent être importants lors de consommation de substances en général, mais pas lorsque la consommation devient trop importante. Ceci est en accord avec les résultats antérieurs ayant montré que les professionnels de la santé ayant des problèmes de consommation de substances sont souvent seuls et isolés.

	<p>Cette étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, le fait d'avoir choisi de combiner la consommation d'alcool et de drogues ne permet pas l'analyse des résultats pour ces deux variables isolées. De plus, les résultats concernent des professionnels d'une région et une généralisation n'est pas forcément possible. Les professionnels de la santé ont peut être sous évalué leur consommation par peur d'éventuelles sanctions, bien que le questionnaire soit anonyme.</p> <p>Malgré ces limites, ces résultats montrent qu'il est nécessaire d'informer les professionnels de la santé et les étudiants sur la consommation et l'abus de substances. Le domaine de la santé a le devoir éthique de veiller à ce que les professionnels font leur travail avec compétence et sécurité. Des directives devraient être élaborées afin de permettre la confrontation rapide des professionnels de la santé abusant de substances et de limiter le temps durant lequel ils sont en contact avec les patients. Diverses organisations professionnelles ont déjà recherché des stratégies en lien avec l'abus de substances en se centrant sur la prévention et le traitement de la consommation problématique de drogues. Ceci implique d'avoir des ressources en matière de prévention et de traitement et d'utiliser les procédures légales ayant fait leurs preuves.</p> <p>Les différents organismes de santé, les associations de professionnels et les écoles formant les professionnels de la santé devraient également traiter le thème de l'abus de substances.</p> <p>En conclusion, l'éducation sur l'addiction est un besoin prioritaire des étudiants et des soignants diplômés et des modes de traitements existent et sont efficaces pour la plupart des professionnels dépendants.</p>
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>Les différentes parties de l'étude sont facilement identifiables. La méthodologie est clairement présentée (outil de recueil de données, choix de la population, outils statistiques employés). Par contre, les résultats auraient pu être présentés de manière plus explicite et plus compréhensibles pour les lecteurs ne maîtrisant que peu les outils statistiques. Les chercheurs discutent et comparent leurs résultats avec ceux d'autres travaux, présentent les limites du travail et des pistes pour la pratique.</p>

Bibliographie	Trinkoff, A.M., Zhou, Q., Storr, C.L. & Soeken, K.L. (2000) Workplace access, negative proscriptions, job strain and substance use in Registered Nurses. <i>Nursing Research</i> , Vol. 49(2), 83-90 USA
Type d'étude	Etude corrélacionnelle prédictive
Question/But/Hypothèse	Le but de la recherche est de développer un modèle théorique afin de tester si les trois variables constituant le modèle de Winick (1974) expliquent la consommation de substances chez les infirmières. Hypothèse; l'abus de substances chez les infirmières serait plus fréquent à cause de l'accessibilité aux substances offerte par leur travail, des contraintes du poste de travail, lors de symptomatologie dépressive et lorsque la consommation ne serait pas jugée négativement. Ces facteurs sont à inclure dans un contexte environnemental (relations sociales) et interne (religiosité).
Ethique	Les données ont été collectées grâce à un questionnaire anonyme. Les sujets ont reçu des cartes à renvoyer s'ils ne souhaitent pas recevoir de courrier supplémentaire. Aucun comité d'éthique n'est mentionné et on ne sait pas si le consentement éclairé des infirmières a été demandé.
Méthode	Les données ont été recueillies en six étapes grâce à un questionnaire anonyme. Les contacts ont été établis de la manière suivante; une lettre d'introduction, l'envoi d'un premier questionnaire, une lettre de rappel, l'envoi d'un deuxième questionnaire, une autre lettre de rappel et un troisième questionnaire, envoyés par courrier recommandé. Le questionnaire portait sur la fréquence de la consommation de trois différents types de substances. Les chercheuses se sont inspirées du travail d'autres chercheurs dans le domaine de la drogue (Johnston, O'Malley & Bachman, 1995). Elles ont également employé des échelles de type Likert élaborées par d'autres auteurs (Rohrbaugh & Jessor, 1975), des items développés afin d'évaluer les demandes liés au travail (Karasek & Theorell, 1990) et le CES-D servant à mesurer les symptômes dépressifs. Elles ont élaboré elles-mêmes une échelle qui a été vérifiée par deux experts dans le

	<p>domaine de la consommation de substances.</p> <p>Les données ont été analysées avec le modèle d'équations structurelles LISREL (Joreskog & Sorbom, 1993).</p>
Population	<p>En 1994, aux Etats Unis, un échantillon d'infirmières diplômées (3600 RN) représentatif de la population infirmière générale a été sélectionné au hasard afin de participer à un sondage sur la consommation de substance.</p> <p>Le taux de réponse au sondage était de 78%. Parmi les répondants, 84% travaillaient comme infirmières. Celles-ci ont été sélectionnées dans l'échantillonnage pour les analyses de l'étude. Ces employées étaient principalement blanches (93.5%) et de sexe féminin (95.9%). La moyenne d'âge était de 44 ans +/- 11.41 ans. Environ 74% des participantes étaient mariées, 17% étaient veuves, divorcées, séparées et 9% n'avaient jamais été mariées. En matière de diplôme, 47% avaient au moins un baccalauréat.</p>
Résultats	<p>Les infirmières consomment plus d'alcool (17%) en excès que de substances prescriptibles (6.9%) ou de drogues illégales (3.8%).</p> <p>L'hypothèse que l'accès aux substances sur le lieu de travail influence la consommation est confirmée. Un accès facilité sur le lieu de travail était en lien direct avec une consommation de substances.</p> <p>Les infirmières ne présentant que peu de religiosité avaient plus de risque de consommer des substances.</p> <p>Le fait d'être en relation avec des personnes consommant des substances était aussi un facteur de risque de consommation personnelle.</p> <p>Les résultats montrent également qu'une plus grande charge professionnelle est en lien avec d'éventuels symptômes dépressifs, lesquels sont un facteur de risque de consommation de substances.</p>
Discussions/Conclusion	<p>Le modèle de Winick proposé dans cette étude était soutenu par les résultats. Les analyses LISREL soutiennent que l'abus de substances chez les infirmières est directement influencé par l'accessibilité, l'absence de jugements/représentations négatifs, les symptômes de dépression et indirectement par les exigences du poste de travail. Ces résultats sont soutenus par ceux d'autres études consultées par les auteurs.</p> <p>De plus, comme il avait été supposé, la religiosité et le réseau social étaient également en lien avec</p>

	<p>l'abus de substances. En effet, les infirmières ayant peu de religiosité et connaissant d'autres personnes consommant des substances ont plus de risque d'abuser de produits, comme l'attestent d'autres travaux de recherche.</p> <p>Un lien indirect a été établi entre les exigences du poste de travail et l'abus de substances ; les résultats ont montré que des demandes professionnelles importantes étaient en lien avec une augmentation des symptômes dépressifs, lesquels influençaient de manière directe l'abus de substances.</p> <p>Les limites de cette étude concernent le fait que les résultats aient été récoltés de manière transversale et par auto-évaluation. Des études méthodologiques sur l'auto-évaluation de la consommation de drogue montrent que ces résultats sont valides mais qu'il peut y avoir une sous-évaluation de la consommation, étant donné le caractère sensible des données et un déni potentiel.</p> <p>Comme cette étude a identifié des facteurs en lien avec l'abus de substances chez les infirmières, les résultats de cette étude peuvent servir de base au développement d'études longitudinales qui serviraient à clarifier les liens temporels et à identifier des prédicteurs de la consommation de substances chez les infirmières.</p>
<p>Commentaires personnels/ Critique</p>	<p>Les divers chapitres de l'étude sont présentés de manière claire. Le chapitre « Méthodologie » présente l'outil de recueil de données, le déroulement du recueil de données et l'outil d'analyse employé. Les résultats sont clairs mais la partie statistique est difficile à comprendre pour un lecteur n'ayant que peu d'expérience avec ces outils. Les tableaux sont explicites. Les résultats sont comparés avec des sources provenant d'une riche bibliographie, les limites de l'étude et des pistes pour les recherches futures sont présentées. Par contre, il n'y a pas de liens explicites avec la pratique. De plus, les données concernant l'éthique auraient pu être plus développées.</p>

Bibliographie	Trinkoff, A.M., Storr, C.L. & Wall, M.P. (1999) Prescription-Type Drug Misuse and Workplace Access Among Nurses. <i>Journal Of Addictive Diseases</i> , Vol. 18 (1), 9-17 USA
Type d'étude	Etude corrélacionnelle prédictive
Question/But/Hypothèse	Le but de la recherche est de mettre en évidence la relation entre l'accessibilité sur le lieu de travail et l'emploi [inapproprié] de substances sous ordonnance chez les infirmières
Ethique	Aucun aspect éthique n'est mentionné. Les questionnaires étaient anonymes et les participants pouvaient renvoyer une carte afin d'être rayé de la liste des participants.
Méthode	La récolte de données a été effectuée grâce à un sondage envoyé anonymement par la poste, en six étapes. L'abus de substances sous ordonnance a été défini comme la consommation sans prescription, de manière excessive ou pour d'autres raisons que celles pour lesquelles les produits étaient prescrits. Les produits concernés appartenaient à une des catégories de drogues suivantes : amphétamines, opiacés, sédatifs/hypnotiques, tranquillisants ou gaz d'anesthésie. Afin d'évaluer l'accès aux substances sous ordonnance sur le lieu de travail, une grille d'accessibilité a été créée en combinant les trois dimensions (la disponibilité perçue des principales substances sous ordonnance, la fréquence d'utilisation et l'importance des contrôles sur le lieu de travail) mesurées. La régression logistique a été employée afin de déterminer la relation entre la grille d'accessibilité et l'emploi de substances. L'accessibilité a également été étudiée selon les spécialisations.
Population	L'échantillonnage stratifié a été employé afin de sélectionner un échantillon de 6000 infirmières diplômées représentatives de la population infirmière des Etats Unis. Les détails sont présentés dans une autre recherche. (Trinkoff, A.M., Storr, L.C., 1997) Le taux de réponse était de 78%, c'est-à-dire que 4438 personnes sur 5706 ont répondu. L'échantillonnage retenu pour cette recherche était limité aux 3917 infirmières employées à l'époque de la collecte de données. Les infirmières étaient majoritairement blanches (93%) et de sexe féminin

	<p>(95%). La moyenne d'âge était de 43 ans. La majorité des participants étaient mariés (73%) et presque la moitié avait un diplôme d'études secondaires. L'échantillon était représentatif des différentes spécialisations, diplômes et spécialisations des soins infirmiers.</p>
Résultat	<p>6.9% de la population totale a indiqué avoir abusé de substances.</p> <p>Les infirmiers avaient plus de risque de consommer des substances sous ordonnance que les infirmières. (12.6% des hommes contre 6.6% des femmes). Les jeunes professionnels avaient également plus de risque de consommer de telles substances.</p> <p>La plupart des participants ont indiqué consommer une des catégories de substances, 20% ont déclaré avoir consommé deux ou plus que deux catégories de substances.</p> <p>Les infirmières ayant eu le sentiment que les substances sous ordonnance étaient facilement disponibles, qui administraient des substances quotidiennement et qui n'avaient pas ou peu connaissance de contrôles sur le lieu de travail avaient deux fois plus de probabilité de consommer des substances sous ordonnance par rapport au groupe de référence. La probabilité de consommation des substances sous ordonnance augmentait également lorsque l'index d'accessibilité était plus élevé. 15% des infirmières ayant facilement accès à ces substances ont rapporté une consommation.</p>
Discussion/Conclusion	<p>L'hypothèse que les infirmières ayant une plus grande accessibilité sur leur lieu de travail ont un taux de consommation de substances plus élevé est soutenue. Chacune des dimensions de l'accessibilité influençait la consommation de substances.</p> <p>Cette étude offre les premières données empiriques sur la relation entre l'accessibilité et l'abus de substances sous ordonnance dans un échantillon représentatif des infirmières [des USA].</p> <p>Les soins infirmiers impliquent d'être en contact régulier avec diverses substances. Les infirmières ont peut être tendance à croire qu'elles ont la capacité de maîtriser leur consommation grâce à leurs connaissances.</p> <p>Le gouvernement a émis des demandes de contrôle concernant la manipulation de substances sous ordonnance sur les lieux de travail. Mais les travaux de plusieurs auteurs suggèrent que ces demandes sont insuffisantes pour contrôler le contact direct du personnel soignant avec ces substances. Ceci est très plausible si l'emploi personnel des produits prescrits aux patients est toléré dans une certaine mesure par les employés.</p> <p>Les données étaient basées sur une évaluation personnelle de l'accessibilité et non une évaluation sur le terrain. L'auto-évaluation peut toujours induire un biais. Cependant, les auto-évaluations de la</p>

	<p>consommation de drogues ont été estimées valables [par d'autres chercheurs]. De plus, une force de cette étude est que les données ont été récoltées de manière anonyme ce qui a pu diminuer la crainte des participants concernant les données.</p> <p>Comme la plupart des consommations des participants de cette étude étaient occasionnelles et n'avaient pas de conséquences négatives sur la pratique, seul un échantillon des professionnels concernés aura à long terme des problèmes liés à leur consommation.</p> <p>Dans le futur, il sera important d'examiner le lien entre l'accessibilité et la consommation de matière longitudinale. Ceci aiderait à clarifier le rôle que joue l'accessibilité dans l'augmentation de la consommation.</p> <p>D'autres études seraient également nécessaires afin de mesurer concrètement l'accessibilité dans la pratique et aider au développement de mesures préventives pour réduire l'accessibilité aux médicaments.</p> <p>Comme les connaissances sur les drogues employées facilitent l'automédication, il serait possible de contrer ce phénomène en enseignant aux soignants des stratégies de gestion du stress et de demande de soutien. Et comme ces enseignements seuls ne seraient peut être pas suffisants, il serait également nécessaire de modifier l'environnement de travail. Les professionnels et les associations de soignants devraient envisager des changements dans l'accessibilité aux substances afin de protéger la santé des soignants tout en maintenant des standards de qualité dans les soins.</p>
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>Les différents chapitres de l'étude sont présentés de manière claire. Le chapitre « Méthode » présente les principaux éléments requis mais est bref concernant l'outil de recueil de données. Toutefois, il est spécifié que des informations plus précises se trouvent dans une autre recherche. Le chapitre « Résultats » est également très bref. Cependant, les divers tableaux proposés sont clairs et complètent efficacement les données du chapitre « Résultats ». La discussion est bien articulée avec le cadre de référence et les limites, des pistes de recherches et des stratégies de prévention sont proposées.</p>

Bibliographie	Trinkoff, A.M. & Storr, C.L., (1998) Substance abuse among nurses: differences between specialties. <i>American Journal of Public Health, Vol. 88, No 4, 581-585</i> USA
Type d'étude	Etude descriptive comparative
Question/But/Hypothèse	Le but de la recherche n'est pas explicite mais il est noté que ; « dans ce travail nous rapportons la prévalence de la consommation de substances chez les infirmières et, en lien avec des recherches précédentes, nous donnons des taux de consommation pour des substances spécifiques chez les infirmières, ceci dans une gamme de spécialisations obtenue à partir d'un sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population nationale des infirmières »
Ethique	Le questionnaire était anonyme et les participants recevaient séparément des cartes postales leur permettant de demander à être retirés de la liste des infirmières concernées par l'étude. Le consentement éclairé n'est pas clairement demandé et aucun comité d'éthique n'est cité. Cette étude a été soutenue par l'Institut National de l'Abus de Drogue.
Méthode	L'échantillonnage stratifié a été employé afin de maximiser les chances de sélectionner un échantillon d'infirmières représentatif de la population infirmière des États-Unis. Comme il n'y avait pas de liste complète du personnel infirmier dans les 50 Etats, 10 Etats ont été choisis d'après leur représentativité. Ensuite, 600 infirmières ont été sélectionnées dans ces 10 Etats, ce qui a abouti à un échantillon de 6000 infirmières diplômées. Un questionnaire anonyme de huit pages a été envoyé à chaque participant et ceux-ci ont été contactés six fois. Le premier contact était une lettre d'introduction suivie du premier exemplaire du questionnaire qui était accompagné d'une lettre d'explication, d'un billet d'un dollar et d'un stylo. Ensuite, une carte de rappel a été envoyée. Le courrier suivant contenait un deuxième questionnaire et était suivi d'une deuxième carte de rappel. Finalement, un troisième questionnaire a été envoyé par courrier recommandé. Le questionnaire portait sur la consommation passée de cannabis, cocaïne, drogues sous ordonnance (consommation de sa propre initiative d'amphétamines, opiacés, sédatifs/hypnotiques ou tranquillisants), ainsi que sur la consommation excessive d'alcool et de cigarettes.

	<p>Afin d'évaluer le lien entre la spécialisation et la consommation d'alcool, la population a été répartie dans 15 groupes de spécialisations (tableau 1). Seul 3% de la population n'a pas pu être réparti dans les 15 groupes.</p> <p>Le test Chi-carré a ensuite été employé pour évaluer les différences de consommation parmi les spécialisations. La régression logistique a également été employée pour créer différents modèles estimant le taux de consommation pour les quatre groupes de substances.</p>
Population	<p>4438 infirmières (78%) ont répondu au sondage. Cet échantillonnage était majoritairement féminin (96%) et de race blanche (94%) avec un âge moyen de 44.3 ans. La plupart des infirmières étaient mariées (74%). Seul 9% de la population n'avait jamais été marié. Environ la moitié de la population avait un diplôme de degré supérieur (Bachelor ou plus). Presque un tiers (30%) des participants vivait dans des zones rurales et 89% travaillait.</p>
Résultat	<p>La spécialisation la plus représentée était la médecine/chirurgie (17%), suivie par la santé publique (12%) et le domaine des urgences (11%).</p> <p>La prévalence de la consommation de substances pour toutes les catégories de produits confondus était de 32%. Comme prévu, les taux de consommation variaient grandement entre les différentes spécialisations. Les infirmières d'oncologie ont rapporté le taux de consommation le plus haut pour toutes substances confondues (42%), suivies par les infirmières de psychiatrie (40%) et les infirmières urgentistes et spécialisées dans les soins intensifs adultes (38% pour chaque groupe).</p> <p>Les infirmières urgentistes et spécialisées dans les soins intensifs pédiatriques avaient le taux de consommation de cannabis/cocaïne le plus haut (7%), suivies par les infirmières spécialisées en soins intensifs adultes (6%). La consommation de drogues sous ordonnance était moins variée parmi les spécialisations. Le taux le plus haut était présent chez les infirmières spécialisées en oncologie, en réhabilitation et en psychiatrie. Les infirmières de psychiatrie (23%), des urgences et de gériatrie (18% pour chaque groupe) avaient la consommation de cigarettes la plus élevée. La consommation excessive d'alcool était élevée chez les infirmières d'oncologie, des urgences et des soins intensifs adultes.</p>
Discussion/Conclusion	<p>De manière générale, le taux de consommation de substances chez les infirmières est le même que celui de la population générale. De plus, les taux de consommation variaient grandement entre les spécialités. Ces différences ont persisté après les ajustements sociodémographiques, ce qui indique qu'elles n'étaient pas dues à des inégalités dans la composition démographique des spécialisations.</p>

Les infirmières des urgences et des soins intensifs présentaient un taux plus élevé de consommation de cannabis/cocaïne. On peut suggérer que les infirmières travaillant dans ces domaines ont plus tendance à rechercher les sensations fortes. Cependant, il y a également d'autres facteurs en lien avec la nature du travail dans ces domaines qui pourraient influencer cette consommation (contact fréquent avec la mort, les imprévus, la rapidité d'intervention, le rapport aux médicaments, les demandes importantes de ce travail et l'accessibilité aux substances contrôlées).

Dans cette étude, les infirmières en oncologie avaient le taux de consommation le plus élevé, celui-ci étant largement influencé par la consommation d'alcool. Cette consommation peut être un mécanisme de Coping, une étude sur les infirmières en oncologie ayant montré qu'elles ont un besoin important de se distancer afin de limiter l'impact émotionnel du travail auprès de patients cancéreux.

La psychiatrie était également une spécialisation présentant un taux élevé de consommation. La psychiatrie est aujourd'hui très orientée sur la pharmacologie ; les infirmières ont peut être plus confiance dans l'utilisation de substances dans un but d'automédication. Ou peut-être que les infirmières en psychiatrie étaient plus enclines à rapporter leur consommation de substances que les infirmières des autres spécialisations.

Un des résultats les plus intéressants de cette étude était la concordance des taux de consommation de substances entre les spécialisations chez les infirmières et les médecins. Après avoir contrôlé les aspects démographiques, les spécialisations ayant les plus haut taux de consommation dans les deux disciplines étaient les urgences, la médecine/chirurgie et la psychiatrie. Ces résultats suggèrent qu'il y a peut être des facteurs étiologiques que ces deux professions ont en commun (propre à l'environnement ou à la nature du travail).

Les limites de cette étude sont l'autoévaluation et le fait que cette étude soit transversale. L'autoévaluation, bien que jugée valable par d'autres études, peut induire une sous-évaluation du phénomène et l'étude transversale ne permet pas une évaluation dans la durée.

Enfin, le taux de réponse (78%), bien que haut, ne permet pas d'exclure un biais lié aux non-réponses.

	Des initiatives de prévention pourraient être lancées à partir des résultats de cette étude. Elles pourraient être centrées sur l'enseignement de stratégies préventives aux étudiants se destinant à des spécialisations à « haut risque ». Elles pourraient également viser à reconnaître rapidement les professionnels ayant des problèmes de dépendance afin de leur offrir dès que possible des pistes de traitement et de préserver la sécurité des patients.
Commentaires personnels / Critique	Toutes les parties de l'étude sont clairement présentées et les éléments qui les composent sont riches. La méthodologie présente les principaux éléments requis pour une recherche. Les résultats sont complets et bien illustrés par les tableaux proposés. La discussion met les résultats en lien avec les recherches consultées, présente les limites de l'étude et des pistes de recherches futures ainsi que des pistes pour la pratique. Le but de l'étude et les notions d'éthique auraient pu être plus clairs.

Bibliographie	Kowalski, C. & Rancourt, M.P. (1997) Profile of the nurse participating in a substance abuse program of a Board of Registration in Nursing in a New England State <i>Journal of Addictions Nursing</i> . Vol.9, 1. 22-29 USA
Type d'étude	Etude descriptive simple
Question/But/Hypothèse	Le but de cette étude était de décrire le profil de l'infirmière dépendante participant à un programme de réhabilitation en Nouvelle Angleterre et d'identifier des éventuelles associations entre les caractéristiques identifiées.
Ethique	Toutes les infirmières participant à l'étude ont reçu une lettre qui expliquait la recherche. Le consentement éclairé a été demandé pour pouvoir employer les données récoltées. On leur a assuré la confidentialité quant aux données personnelles.
Méthode	L'échantillonnage était composé d'infirmières participant volontairement à un programme de réhabilitation en Nouvelle Angleterre. Toutes les infirmières choisies (147) ont reçu une lettre les informant de l'étude et demandant leur consentement éclairé. Les lettres ont été envoyées par un membre du programme de réhabilitation afin d'assurer l'anonymat. Les données ont été récoltées par un spécialiste dans le domaine de l'addiction au travers d'une interview à l'aide d'un formulaire d'évaluation de la consommation. Un formulaire de retranscription a ensuite été élaboré afin d'extraire les données significatives des enregistrements. Il contenait des critères cités dans la littérature sur l'addiction et il a également été vérifié par un spécialiste dans le domaine de l'addiction. Les données récoltées portaient sur des aspects démographiques, le niveau d'étude en soins infirmiers, le poste actuel, l'unité de travail, la spécialisation, les troubles physiques, la santé mentale, les drogues consommées, le mode d'administration de ces drogues, la substance la plus consommée, l'âge de la première consommation, l'historique familial en matière d'abus de substances et les traitements antérieurs. Des statistiques ont été établies à partir de ces données. Le test Chi-carré a été employé afin de déterminer s'il existait des associations entre les données.
Population	43 infirmières (32.5%) ont donné leur consentement éclairé. Tous les participants étaient de race blanche. Il y avait 33 femmes (76.7%) et 10 hommes (23.3%). 37 participants étaient infirmières

	<p>diplômées et 6 étaient infirmières assistantes. La moyenne d'âge était de 39 ans. 46.5% des infirmières étaient mariées, 28% célibataires, 20.9% séparées ou divorcées et 4.6% veuves.</p> <p>74.4% des participants n'avaient pas fait de formation complémentaire à leurs études d'infirmière. Concernant les années d'expérience, 35% avait entre 1 et 10 ans d'expérience, 37% avaient entre 10 et 19 ans d'expérience et 28% avaient entre 19 et 29 ans d'expérience.</p> <p>20.9% des infirmières travaillaient dans une unité de médecine chirurgie et 16.2% dans une unité de gériatrie. Seul 6.9% des infirmières travaillaient dans une unité de soins intensifs.</p>
Résultat	<p>72% des participants ont rapporté avoir eu des problèmes médicaux. 13 personnes (30.2%) ont eu des troubles psychiatriques et 18.6% ont été traités médicalement. 13 participants (30.2%) ont rapporté un passé de dépression et 11.6% ont fait des tentatives de suicide. 37 personnes (86%) ont rapporté un problème d'abus de substances au sein de leur famille et 25 (58.1%) ont rapporté que un ou les deux parents abusaient de drogues ou d'alcool.</p> <p>Concernant la consommation personnelle, tous les participants avaient déjà consommé des narcotiques, 37 (86%) avaient consommé des tranquillisants, 35 (81.3%) avaient consommé du cannabis et 18 (41.8%) avaient consommé de la cocaïne.</p> <p>30 personnes (69.7%) ont rapporté avoir consommé de l'alcool durant l'année écoulée et 18 (41.8%) en avaient consommé durant le mois écoulé. 31 infirmières (72.1%) avaient consommé des narcotiques durant l'année écoulée et 16 (37.2%) en avaient consommé durant le mois écoulé. Le Percocet (antidouleur à base d'oxycodone) était la substance la plus employée (32.5%), suivie par le Demerol (antidouleur à base de mépéridine) (23.2%), l'alcool (20.9%) et le cannabis (18.6%).</p>
Discussion/Conclusion	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'échantillonnage (43 personnes) n'est pas représentatif de la population infirmière générale et les résultats ne peuvent pas être appliqués à d'autres populations. -un outil de récolte de données standardisé serait nécessaire pour assurer une comparaison valide avec d'autres études dans d'autres États. <p>Les résultats sont comparables à ceux trouvés dans les recherches consultées. Ils suggèrent que les professionnels dépendants travaillent souvent dans des unités de médecine/chirurgie.</p>

	<p>Les résultats amènent aux conclusions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -les collègues ont besoin de connaître et de savoir détecter la dépendance aux substances sur leur lieu de travail -des stratégies permettant d'aider un collègue à entreprendre les démarches pour se faire soigner pour sa dépendance sont nécessaires -d'après l'âge auquel les infirmières consomment des substances pour la première fois, il serait nécessaire de reconnaître de manière précoce les signes de dépendance et d'intervenir déjà lors de la formation. <p>La profession infirmière doit continuer à s'engager dans le défi de la prévention et de l'identification rapide et doit intervenir plus tôt auprès des professionnels qui vivent la dépendance.</p>
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>Tous les chapitres de l'étude sont facilement repérables. La méthodologie et les résultats sont bien présentés et correspondent aux principaux critères demandés dans une recherche. Les résultats sont complétés par des tableaux intéressants. La discussion compare les résultats avec les sources consultées et décrit bien les limites de l'étude et les implications pour la pratique. La population (43 personnes) ne permet pas de généraliser les résultats et peut induire un biais. Les pistes pour les recherches futures auraient également pu être plus détaillées.</p>

Bibliographie	Mynatt, S. (1996) A model of contributing risk factors to chemical dependency in nurses. <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> . Vol 34. 7. 13-22 USA
Type d'étude	Etude descriptive simple
Question/But/Hypothèse	Le but de cette étude était d'identifier les facteurs qui pouvaient avoir amené des professionnelles à choisir l'option de la consommation et la dépendance aux substances comme première stratégie de Coping. La question de recherche était : quelles sont les caractéristiques des infirmières participant à un programme d'assistance qui pourraient augmenter le risque de dépendance aux substances ?
Ethique	La permission d'utiliser les résultats en protégeant l'identité des participantes a été obtenue lors de la récolte de données initiale [par le WTPAP].
Méthode	La méthode utilisée était une synthèse des informations conservées par le WTPAP (West Tennessee Nurses Peer Assistance Program) qui donnaient une description des infirmières ayant participé au programme entre 1989 et 1993. La chercheuse a consulté 236 fichiers qui contenaient des données démographiques, professionnelles, sur la consommation de drogue et sur le traitement. De plus, 115 dossiers concernant la santé et les consommations passées ont été consultés. Enfin, les résultats d'une étude portant sur un échantillon de 77 infirmières du Tennessee ont été revus. (Mynatt & Kelly, 1988).
Population	Les infirmières dépendantes ayant participé au WTPAP étaient pour la plupart de type Caucasien (79%), de sexe féminin (85%), infirmières diplômées (67%). La moyenne d'âge était de 34 ans. 22% des participants étaient célibataires, 35% étaient mariés, 12 % étaient séparés, 26% étaient divorcés et 4% avaient coché « autres » (relation homosexuelle). 68% des participants avaient des enfants.
Résultat	Les résultats indiquent que les infirmières venaient de familles instables dans lesquelles on trouvait un problème d'abus de drogue et d'alcool, avaient souffert de victimisation et avaient développé une estime de soi très basse. La drogue la plus consommée était l'alcool (38%), suivi par le Demerol (analgésique à base de mépéridine, 36%) et la cocaïne (33%).

Famille et mode de vie chaotiques :

-70 infirmières sur 115 ont indiqué un problème d'abus de substances dans la famille
-55% des infirmières avaient commencé la consommation de toxiques au début de l'adolescence, 25% au début de l'âge adulte (20ans), 16% avaient environ 30 ans et 3% avaient environ 40 ans

Difficultés à fonctionner sans les substances :

-50% des participants consommaient des substances pendant le travail, parmi lesquels 7% consommaient pendant le travail uniquement et 43% pendant et à côté du travail
-47% des consommations étaient quotidiennes, 15% des participants consommaient plus de 4 fois par semaines, 20% consommaient entre 3 et 4 fois par semaine et 18% entre 1 et 2 fois par semaine
-80% des participants ont rapporté avoir d'autres problèmes dans leur vie : ceux-ci incluaient des difficultés financières ayant mené à la ruine, des difficultés conjugales, des cas de violence familiale, des condamnations pour conduite sous influence de substances, la perte d'un proche, la maladie et des problèmes d'ordre juridique
-51% des participants ont indiqué avoir souffert de troubles mentaux, parmi lesquels la dépression était le diagnostic principal

Source d'approvisionnement :

-50% des participants trouvaient les substances au sein de l'hôpital, 42% s'approvisionnaient dans la rue et 49% trouvaient les substances à la maison

Victimisation durant l'enfance :

-la plupart des participants ont rapporté avoir souffert de plusieurs types d'abus durant leur enfance ; les abus verbaux et émotionnels étaient les plus fréquents et étaient vécus conjointement avec d'autres formes éventuelles d'abus

Estime de soi :

Les résultats du sondage de 1988 indiquaient que les participants avaient une estime de soi basse. Ceux-ci avaient été évalués grâce à une échelle d'autoévaluation portant sur les sentiments de désespoir, de culpabilité, le fait de se sentir ou non bienvenu et aimé.

	<p>Les participants du WTPAP ont également exprimé des sentiments de dévalorisation, de culpabilité et de honte par rapport à leur passé.</p>
<p>Discussion/Conclusion</p>	<p>Les résultats démographiques et les données concernant l'histoire familiale et la victimisation infantile vécue par certains participants sont conformes à ceux d'autres études consultées par l'auteure.</p> <p>Les résultats concernant la perception des infirmières quant à leur besoin d'aide et de traitement (55% ne trouvaient rien à redire par rapport à leur consommation) montrent que ces professionnels emploient le déni comme mécanisme de défense.</p> <p>Divers auteurs ont constaté que plus l'estime de soi et le sentiment d'utilité augmentaient chez la personne, plus ses compétences augmentaient de manière inversement proportionnelle à la consommation de drogues. Les groupes de soutien pourraient donc se centrer sur l'estime de soi des participants en les aidant à augmenter leurs compétences sociales et en les aidant à trouver des astuces pour gérer les problèmes.</p> <p>Les résultats concernant les troubles de santé et la consommation de substances sont consistants avec le modèle de Hutchinson (1986) qui suggère que les infirmières utilisent des drogues afin d'apaiser leurs douleurs physiques ou psychiques.</p> <p>Etant donné le pourcentage de participants ayant commencé leur consommation à un très jeune âge, il serait important d'effectuer de la prévention dans les écoles précédant l'école d'infirmière, laquelle devrait également être plus centrée sur le problème et développer des stratégies de prévention et d'intervention.</p> <p>Il serait également important que les équipes soient attentives aux risques de rechute, spécialement lors des périodes de stress important.</p> <p>D'autres recherches sont nécessaires afin de déterminer si la triade « famille chaotique-victimisation-estime de soi » peut être influencée.</p> <p>Implication pour la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -des stratégies doivent être développées afin de cibler les besoins en soins des femmes qui sont différents de ceux des hommes. Des groupes de soutien non-mixtes seraient à mettre en place. Ceux-ci ne devraient pas proposer uniquement un soutien émotionnel mais également aider à développer des stratégies permettant de trouver des solutions aux problèmes, de se sentir plus efficace, d'avoir

	<p>une meilleure estime de soi et de diminuer la dépression, la solitude et l'anxiété</p> <p>-les collègues et les supérieurs devraient être informés sur le risque de rechute lors de période de stress ou de maladie. De plus, ils devraient être capables d'identifier les professionnels ayant d'éventuels problèmes de drogue et d'en aviser la hiérarchie. Ils devraient donc être bien informés sur les caractéristiques et les risques de l'abus de substances</p> <p>Limites :</p> <p>-étant donné que la majorité des participants du WTPAP étaient des femmes, les résultats de cette étude montrent les facteurs de risques chez les femmes et sont difficiles à généraliser pour la population masculine.</p>
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>Toutes les parties de l'étude sont clairement identifiables. La méthode est brièvement développée mais la chercheuse a consulté des fichiers et n'a pas récolté directement les données auprès d'une population. Il semble donc normal qu'il n'y ait pas de données concernant l'outil de recueil de données ou l'outil d'analyse. Les résultats sont clairs et les tableaux illustrent de manière intéressante les résultats les plus importants. La discussion donne les limites de l'étude et des pistes intéressantes pour d'éventuelles recherches complémentaires ainsi que pour la pratique.</p>

Bibliographie	Walker Bugle, L. (1996) A study of drug and alcohol use among Missouri RNs. <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> , Vol.34, 7. 41-45 USA
Type d'étude	Etude descriptive comparative
Question/But/Hypothèse	Il est difficile d'obtenir des informations sur l'importance de la dépendance aux toxiques au sein de la profession infirmière. Le manque important de documentation [concernant ce thème] a été un sérieux obstacle dans les efforts pour tenter de gérer le problème. Cette étude tente de présenter des données complémentaires concernant les infirmières dépendantes. L'hypothèse de la recherche est la suivante ; il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les infirmières sanctionnées pour dépendance aux toxiques et les infirmières non sanctionnées par rapport aux facteurs personnels, de place de travail et de temps de travail.
Ethique	Il n'y a aucune donnée concernant le consentement éclairé des participants ou l'intervention d'un éventuel conseil éthique.
Méthode	Le sondage a été effectué grâce à un questionnaire envoyé par la poste servant d'outil de recueil de données. Ce questionnaire à 80 items a été développé spécifiquement pour cette étude et a été adapté à partir d'instruments utilisés par Reed (1986) et Sullivan (1987a) dans des études concernant des infirmières toxicodépendantes. Il était constitué de cinq parties : facteurs éducationnels / occupationnels, habitudes personnelles concernant la consommation d'alcool et d'autres drogues, consommation excessive d'alcool et d'autres drogues, problèmes en lien avec la consommation excessive d'alcool et d'autres drogues et caractéristiques démographiques, historique de la santé, historique familial. La fiabilité a été évaluée par l'auteure en employant une méthode de double contrôle. La validité du contenu a été déterminée par un comité d'expert. Les différences significatives entre les deux groupes ont été déterminées grâce au test Chi-carré.
Population	Le questionnaire a été envoyé à 172 infirmières sanctionnées par le Conseil Infirmier de l'État du Missouri pour la dépendance aux toxiques durant une période de cinq ans. Il a également été envoyé à un groupe contrôle de 203 infirmières travaillant dans les soins au Missouri durant la même période.

	<p>Le taux de réponse pour les infirmières sanctionnées était de 46% et celui des infirmières du groupe contrôle de 62%. La moyenne d'âge des infirmières sanctionnées était de 38.8 ans. 73.8% de la population était de sexe féminin. La moyenne d'âge des infirmières du groupe contrôle était de 41.3 ans et 92% était des femmes.</p> <p>La plupart des infirmières de chaque groupe avaient travaillé à plein temps durant la majeure partie de leur carrière et le plus haut degré d'étude atteint était le diplôme d'infirmière pour la majorité des professionnelles de chaque groupe.</p>
Résultat	<p>Usage de drogue chez les infirmières sanctionnées :</p> <p>Les infirmières sanctionnées avaient plus de risque de consommer des drogues et de l'alcool de manière excessive. De plus, elles avaient plus de risque d'avoir fait l'expérience de problèmes de lien avec leur consommation et d'avoir employé les médicaments des patients pour leur propre usage. De manière générale, les infirmières sanctionnées ont commencé à consommer des drogues et de l'alcool plus tôt que celles du groupe contrôle et présentaient plus de risque d'avoir employé des médicaments sous ordonnance pour des douleurs chroniques ou des problèmes émotionnels.</p> <p>Enfin, les infirmières sanctionnées étaient plus souvent des Infirmières Anesthésistes, avaient fait l'expérience de troubles de la mémoire au travail et avaient un membre de la famille qui consommait de l'alcool ou des drogues de manière excessive.</p> <p>Les participants du groupe contrôle étaient principalement de sexe féminin, mariés et avaient plus souvent reçu des informations sur la dépendance aux substances lorsqu'ils étaient en formation.</p> <p>Usage sur le lieu de travail :</p> <p>Le plus grand pourcentage des infirmières sanctionnées ont répondu que la source d'approvisionnement des toxiques consommés sur le lieu de travail était le vol sur ce même lieu. Pour les infirmières du groupe contrôle, l'approvisionnement en toxique, lorsqu'une consommation existait, se faisait dans la rue.</p> <p>De manière générale, les infirmières du groupe contrôle étaient plus souvent employées dans un hôpital et devaient régulièrement travailler dans une unité inconnue. Les infirmières sanctionnées travaillaient plus souvent dans les soins à domicile ou dans un centre de soins psychiatriques ou de soins aux personnes dépendantes.</p> <p>Enfin, les infirmières du groupe contrôle avaient plus fait des horaires de huit heures que les infirmières</p>

	sanctionnées.
Discussion/Conclusion	<p>Comme l'auteure l'avait supposé, la majorité des participants étaient des femmes. Cependant, il est intéressant de constater que plus d'un quart des participants du groupe de professionnels sanctionnés (26.2%) étaient des hommes, contre 8% des participants du groupe contrôle. Ce résultat démographique est en accord avec ceux d'autres études consultées.</p> <p>Les résultats d'études précédentes indiquaient que les infirmières dépendantes travaillaient majoritairement dans des services de soins aigus comme les soins intensifs. Cependant, les professionnels sanctionnés de cette étude ne travaillaient pas plus dans ce genre d'unité que ceux du groupe contrôle.</p> <p>Le stress associé au lieu de travail a également été associé à l'abus de substances dans d'autres études. Mais, là encore, les participants sanctionnés de cette étude ne jugeaient pas leur activité professionnelle plus stressante que les participants du groupe contrôle.</p> <p>Les professionnels sanctionnés avaient commencé à consommer de l'alcool et des drogues plus tôt que ceux du groupe contrôle et la substance la plus consommée par cette population était le Demerol. De plus, ces professionnels étaient plus fréquemment employés dans des hôpitaux que ceux du groupe contrôle et avaient pour un tiers d'entre eux fait l'expérience de trous de mémoire. Tous ces résultats sont consistants avec ceux d'autres recherches.</p> <p>L'auteure donne un profil de l'infirmière sanctionnée pour abus de substances : il s'agit d'une femme blanche, protestante, ayant entre 31 et 35 ans, qui vit et travaille dans une ville d'au moins 100000 habitants. Elle a commencé à consommer des substances, spécialement de l'alcool, avant l'âge de 20 ans.</p> <p>Les études futures pourraient consister en une réplique de cette recherche dans d'autres régions du pays. Elles pourraient également viser à définir l'attitude des collègues vis-à-vis des professionnels dépendants et l'attitude des élèves infirmiers quant à leur consommation d'alcool et d'autres drogues.</p>
Commentaires personnels / Critique	<p>Les différentes parties de l'étude sont facilement identifiables. La méthodologie détaille bien l'outil de recueil de données et cite l'outil d'analyse employé. Les résultats sont bien présentés et illustrés par trois tableaux clairs. Les résultats sont discutés en lien avec les sources et des propositions de recherche sont faites. Par contre, les implications pour la pratique ne sont pas clairement définies. Enfin, il y aurait pu avoir plus d'informations concernant l'aspect éthique et les limites de l'étude.</p>

Bibliographie	Trinkoff, A.M. & Storr, C.L. (1994) Relationship of specialty and access to substance use among registered nurses; an exploratory analysis. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> . Vol. 36, 215-219 USA
Type d'étude	Étude corrélationnelle prédictive
Question/But/Hypothèse	Le but de l'étude est d'examiner les liens entre les services de spécialisation, l'accessibilité et la consommation de drogue.
Ethique	A part le fait que le sondage a été réalisé de manière anonyme, aucune donnée n'est citée par rapport à l'aspect éthique.
Méthode	L'instrument de sondage, anonyme, faisait huit pages de long et contenait des questions sur la consommation de substances durant l'année écoulée et durant le cours de la vie, ainsi que les raisons de la consommation et l'âge de la première consommation pour chaque substance. Il a été élaboré d'après la procédure de Levy et Lemeshow (1980). Les drogues incluaient les substances médicales ou sous ordonnance, la marijuana, la cocaïne, les substances hallucinogènes et les amphétamines. La consommation d'alcool et de tabac a également été évaluée. L'accessibilité a été mesurée grâce à deux items de type Likert. Afin d'examiner le lien entre la spécialisation et la consommation de substances, l'échantillon de répondants a été réparti entre des Infirmières Spécialisées en Soins Aigus (urgences, salle d'opération, soins intensifs) et Infirmières Spécialisées en Soins Non-Aigus (abrégié ISSA et ISSNA). Les réponses de chaque catégorie ont été analysées grâce au test Chi-carré. La régression logistique multiple a été employée afin d'estimer le degré de dépendance entre les variables.
Population	La population comprenait les 42315 infirmières diplômées qui étaient agréés et qui résidaient dans le Maryland en 1990. En juillet 1990, le questionnaire a été envoyé à 200 infirmières et 105 ont répondu, ce qui donne un taux de réponse de 55%. Ces professionnels étaient pour la plupart blancs (93%) et de sexe féminin (96%). Les âges

	<p>s'étendaient entre 23 et 67 ans avec une moyenne d'âge de 40 ans. La plupart des participants étaient mariés (70%) et 8% de la population interrogée jamais été marié. La moyenne des années de pratique était de 17 ans.</p> <p>65% travaillaient dans un hôpital et 35% dans un autre lieu. La médecine/la chirurgie et les soins intensifs étaient les spécialisations les plus rapportées (15.7% chacune). Les autres spécialisations étaient les urgences (6.9%), la gynécologie/obstétrique (8.8%), la pédiatrie (6.9%) et la psychiatrie (5.9%). Les autres (40.2%) étaient réparties dans plusieurs domaines de spécialisation de manière assez égale.</p>
Résultat	<p>La prévalence de la consommation de drogues illicites était de 15%. La plupart des infirmières concernées ont évalué cette consommation comme étant occasionnelle.</p> <p>54% des participantes ont rapporté avoir déjà consommé plus de cinq boissons alcoolisées en une occasion et 19% ont rapporté avoir eu une telle consommation durant l'année écoulée.</p> <p>Seul un faible pourcentage de participantes a indiqué avoir des problèmes en lien avec la consommation de substances. 2% avait un problème lié à l'alcool et 8% avait déjà consommé des substances de manière immodérée. De plus, deux infirmières ont rapporté avoir un problème en lien avec la consommation de substances et l'une d'entre elle était traitée pour cela.</p> <p>Les deux groupes d'infirmières présentaient plus ou moins le même taux de consommation d'alcool au cours de leur vie (57% pour les ISSA versus 53% pour les ISSNA) ainsi que pour les derniers mois (9% pour les ISSA versus 8% pour les ISSNA). Par contre, la prévalence de consommation de drogues illicites au cours de la vie (ISSA 83% versus ISSNA 63%) suggérait une différence de consommation selon les spécialisations.</p> <p>En ce qui concerne l'accessibilité aux substances, 30% des ISSA ont rapporté avoir facilement accès à des substances contrôlées sur leur lieu de travail, contre 13% des ISSNA.</p> <p>L'accessibilité à des substances contrôlées en dehors du lieu de travail ne présentait pas de différence (13% des membres de chaque groupe a rapporté y avoir facilement accès).</p> <p>Comme l'accessibilité semblait être un facteur important associé à la consommation de drogues, les chercheuses ont étudié l'interaction possible spécialisation-accessibilité et l'impact de cette interaction en employant la régression logistique. Le taux de consommation de drogues illicites a été évalué en fonction de la spécialisation, de l'accessibilité et des deux variables combinées. Dans ce cas, les drogues illicites n'incluaient que les produits sous ordonnances car ceux-ci paraissaient être les plus</p>

	<p>disponibles sur le lieu de travail.</p> <p>Lors de l'évaluation du lien accessibilité-produits, la spécialisation n'exerçait pas d'effet indépendant sur la consommation, alors que l'accessibilité en exerçait un lors de l'évaluation du lien spécialisation-produit. La combinaison de l'accessibilité et de la spécialisation était associée à la plus haute tendance de consommation de drogues illicites.</p>
Discussion/Conclusion	<p>De manière générale, la prévalence de la consommation générale de substances des participantes était importante, mais la prévalence annuelle de consommation de substances illicites était faible. Ces résultats sont comparables à ceux d'autres études consultées par les chercheuses.</p> <p>Alors que la spécialisation n'était qu'en partie liée à l'abus de substances illicites, les ISSA présentant une prévalence générale de consommation de drogues plus importante que les ISSNA, l'accessibilité était très liée à la consommation de substances illicites. Les participantes ayant facilement accès aux substances avaient également une prévalence de consommation plus élevée. De plus, les professionnelles travaillant dans un milieu aigu et ayant facilement accès aux substances présentaient la prévalence de consommation la plus élevée.</p> <p>Cette interaction entre l'accessibilité et la spécialisation suggère que bien que les infirmières consomment des substances auxquelles elles ont facilement accès, l'accessibilité seule ne mène pas forcément à l'abus de substances. La familiarité avec certaines substances, comme peuvent l'avoir les infirmières des milieux aigus, aurait également son influence. Cette hypothèse est soutenue par une étude nationale menée auprès de médecins (Hughes & al., 1992).</p> <p>Les limites de cette étude sont le nombre de participants (relativement faible) et le taux de réponse (55%) qui pourrait induire des biais dans l'étude. Cependant, le fait que les caractéristiques démographiques de l'échantillon soient comparables à celles de la population infirmière générale donne de la valeur aux résultats obtenus. Une autre limite est l'outil de recueil de données employé. En effet, l'auto-évaluation de la consommation de toxiques peut aboutir à une sous-évaluation de la consommation. Cependant, l'anonymat de l'outil de recueil de donnée a probablement contribué à diminuer un éventuel biais dû à cette limite.</p> <p>L'identification des infirmières ayant de grands risques d'avoir une consommation de substances « à problème » est nécessaire non seulement pour promouvoir la santé et le bien être chez les infirmières</p>

	<p>mais également pour assurer la sécurité des patients.</p> <p>Les résultats obtenus suggèrent un lien entre l'accessibilité et la consommation de substances et les infirmières spécialisées dans les soins aigus ayant facilement accès aux produits présentaient la prévalence de consommation la plus haute. Ces éléments devraient être confirmés par d'autres études.</p>
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>Les principaux chapitres de l'étude sont clairement identifiables. La méthodologie est bien décrite ; on retrouve des données sur l'outil de recueil de données, le choix de la population et les outils d'analyse employés. Les résultats sont bien présentés et les tableaux illustrent de manière intéressante les données principales. La discussion compare les résultats avec ceux des autres travaux consultés, donne les limites de l'étude et propose des pistes de recherche. L'éthique et l'implication pour la pratique auraient pu être plus détaillées.</p>

Bibliographie	Tipliski, V.M. (1993) The characteristics of recovering chemically-dependent Manitoba Nurses. <i>The International Journal of the Addictions</i> . 28 (8), 711-717 Canada
Type d'étude	Etude descriptive simple
Question/But/Hypothèse	Il existe peu de connaissances sur les infirmières qui deviennent dépendantes aux toxiques, spécialement hors des USA. Le but de cette étude est d'apporter des informations sur les caractéristiques des infirmières dépendantes à Manitoba, Canada, et de déterminer si ces caractéristiques sont propres à une province du Canada ou font partie d'un profil international.
Ethique	Le contact avec les infirmières dépendantes est difficile à établir. Il a donc été établi avec les réceptionnistes du programme d'assistance aux infirmières de Manitoba, « Nurses at Risk » (NAR). Le président a agit comme intermédiaire entre les investigateurs et les infirmières. Le questionnaire et les lettres de rappel ont été envoyés via le secrétariat de l'association. Le NAR a également envoyé une lettre assurant que la confidentialité était respectée et la lettre de la chercheuse expliquait le but de l'étude.
Méthode	Un sondage a été élaboré afin de collecter des données sur les infirmières dépendantes en traitement à Manitoba. Le contact avec les participantes a été établi par le programme d'assistance aux infirmières dépendantes « Nurses at Risk ». L'instrument utilisé était l'adaptation canadienne d'un questionnaire d'auto-évaluation anonyme, le sondage de Sullivan sur la dépendance chez les infirmières. Ce questionnaire de 80 items est basé sur les caractéristiques de la dépendance chez les infirmières identifiées dans la littérature, avec la contribution d'experts du terrain. Les données ont été dactylographiées et des extraits du test Fisher ont été employés afin d'évaluer les liens entre les caractéristiques des infirmières et leur dépendance ainsi que leur guérison.
Population	L'échantillon était constitué de 22 infirmières diplômées, ayant été adressées ou s'étant adressées aux NAR, ayant reçu une assistance et étant en rémission depuis au moins six mois. Toutes étaient de type caucasien, la majorité vivait dans des centres urbains. La plupart des participantes étaient âgées

	de 36 ans ou plus. Moins de la moitié étaient mariées ou vivaient en concubinage. Un tiers des participantes étaient divorcées.
Résultat	<p>17 infirmières (77%) ont rapporté qu'au moins un des membres de leur famille était toxicodépendant. Plus de la moitié des participantes ont vécu une forme de parentification durant leur enfance. La plupart des participantes a rapporté des problèmes de santé nécessitant des soins au cours des cinq dernières années. 13 personnes avaient souffert de dépression et huit avaient fait des tentatives de suicide.</p> <p>15 infirmières avaient vécu des événements traumatisants récurrents liés à leur sexualité. L'âge moyen auquel les infirmières ont commencé à consommer des toxiques était de 24 ans. La poly-toxicomanie était fréquente.</p> <p>Parmi les infirmières abusant de drogues sous ordonnance, la moitié ont indiqué que leur source d'approvisionnement était la prescription légale. Suivait le vol sur le lieu de travail et le détournement des médicaments des patients. Aucune des participantes n'avait cherché un autre lieu que le lieu de travail comme source d'approvisionnement.</p> <p>Plus de la moitié des infirmières ont estimé que le stress lié à la profession avait contribué à leurs problèmes avec les produits. La majorité a estimé que la profession était stressante, voire très stressante. La charge de travail excessive a été désignée par 14 participantes comme la cause la plus importante de stress dans la profession.</p> <p>Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer la consommation de toxiques étaient « soulager la souffrance physique et psychiques et se détendre ».</p> <p>A l'exception d'une infirmière, toutes ont indiqué que leur dépendance avait eu une influence sur leurs performances professionnelles.</p>
Discussion/Conclusion	La majorité des résultats va dans le sens de ceux rapportés dans les études américaines, ce qui ajoute de la valeur aux éléments préalablement identifiés. Par exemple, les participantes à cette étude ont rapporté un taux de divorce élevé, un historique familial de dépendance, un historique familial de dépression, spécialement chez la mère, une parentification vécue durant l'enfance, des problèmes de santé récents et des événements sexuels traumatisants. Elles ont également rapporté une consommation de toxiques de type poly-toxicomanie, une éducation inadéquate sur le sujet de la dépendance et ont nommé le stress, spécialement la surcharge de travail, comme un facteur important de leur consommation. Tous ces éléments ont été retrouvés dans les recherches consultées par

l'auteure.

Certaines caractéristiques étaient propres aux participantes de Manitoba. Par exemple, il n'y avait pas d'homme parmi les participantes. Mais ceci est peut être dû au faible nombre de participantes.

Il est également intéressant de constater qu'aucune des infirmières n'a cherché d'autres sources d'approvisionnement que son lieu de travail alors qu'un pourcentage significatif de participants de l'étude de Sullivan (1987, a) l'avait fait. Ceci est peut être dû au fait que la plupart des participantes à cette étude obtenaient les substances consommées grâce à des prescriptions légales.

La plupart des infirmières a constaté des impacts négatifs dans leur pratique causés par leur consommation. Cependant, peu d'entre elles avaient perdu leur travail ou subi des sanctions. On peut supposer que les soignantes de Manitoba ne sont pas assez informés sur la dépendance aux substances chez les infirmières ou ne savent pas comment intervenir. Les participantes ont d'ailleurs pointé une formation inadéquate concernant la dépendance aux drogues.

Cette étude donne les premiers résultats empiriques concernant les caractéristiques de certaines infirmières dépendantes à Manitoba. Bien que le faible nombre de participantes limite les généralisations des résultats, certains de ces résultats sont à relever, notamment le fait que quasiment aucune des infirmières n'a subi de sanctions.

Les professionnelles manquant d'informations sur la dépendance des infirmières, ignorant ou niant le problème contribuent à la persistance du problème.

L'identification systématique des caractéristiques et des facteurs de risque potentiels parmi une population d'infirmière en traitement est une bonne base pour établir un profil des infirmières dépendantes. Afin de déterminer si les caractéristiques identifiées dans cette étude sont généralisables, d'autres recherches devraient être menées dans d'autres provinces du Canada et avec des échantillons de population plus importants.

Commentaires personnels / Critique	<p>Les parties de l'étude sont facilement identifiables. Le but de l'étude n'est cité que dans le résumé mais on ne le retrouve pas dans l'introduction ou la méthode, ce qui est un manque. La méthodologie est assez complète (outil de recueil de données, choix de la population, outils d'analyse). Par contre, l'éthique n'est que suggérée mais aurait pu être présentée plus clairement. La population, 22 participantes, est faible et peut induire un biais. Elle limite également la généralisation des résultats. Ce faible nombre de participants se justifie en partie par la sensibilité des données récoltées.</p> <p>Les résultats sont clairement présentés. L'auteure ne propose qu'un tableau, mais celui-ci est très complet. La discussion compare clairement les résultats obtenus avec ceux d'autres études, présente brièvement la limite de l'étude et propose des pistes de recherches pour le futur.</p>
---	--

Bibliographie	Plant, M.L., Plant, M.A. & Foster, J. (1991) Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: a Scottish study. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> . 28. 195-202 Écosse
Type d'étude	Étude descriptive simple
Question/But/Hypothèse	Les informations disponibles indiquent que certaines infirmières font l'expérience de problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues et que ceci pourrait être lié aux conditions de travail, notamment au stress et au burnout. Ce travail décrit l'usage de drogues psycho-actives de manière générale, au travers d'une autoévaluation par différents sous-groupes d'infirmières. L'objectif principal de cette étude était d'étudier si différents sous-groupes d'infirmières présentaient des différences dans leur relation à l'alcool, au tabac ou à d'autres drogues.
Ethique	27 personnes ont refusé de participer à l'étude. Aucun consentement éclairé n'est mis en évidence et aucun comité d'éthique n'est cité.
Méthode	Cette recherche consistait en une étude transversale auprès d'un échantillon aléatoire d'infirmières diplômées dans la région de Lothian, dans le sud est de l'Écosse. Les participants ont été choisis parmi les listes des équipes infirmières de médecine, chirurgie et psychiatrie de divers hôpitaux. Les individus ont été classés dans quatre sous-groupes selon le niveau de hiérarchie. Des infirmières ont été sélectionnées parmi ces sous-groupes afin de créer un échantillon de 200 infirmières de médecine, 200 infirmières de chirurgie et 200 infirmières de psychiatrie. Les données ont été récoltées grâce à quatre instruments. Le premier outil était un canevas d'interview, laquelle a été effectuée par des travailleurs sociaux expérimentés. Cet instrument portait sur des aspects biographiques, professionnels ainsi que sur les compétences et les problèmes liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues. Les trois autres instruments ont été remplis par les participants. Ils portaient sur le stress et la santé.
Population	600 individus ont été interviewés. Parallèlement, 48 personnes (7.1%) n'ont pas pu être contactées et 27 personnes (4%) ont refusé de prendre part à l'étude. Le taux de réponse était donc de 88.9%. 84% des personnes interviewées étaient des femmes.

	L'âge des participants s'étendait de 20 à 62 ans, avec un âge moyen de 30 ans pour les femmes et de 31 ans pour les hommes. 32% des femmes et 42.6% des hommes n'étaient pas mariés.
Résultat	<p>Caractéristiques professionnelles La grande majorité des infirmiers étaient employés en psychiatrie. Ceci contraste avec le domaine d'occupation des infirmières ; seul un quart d'entre elles était employées en psychiatrie. Quatre niveaux de hiérarchie ont été sélectionnés : aide infirmier, infirmier diplômé, infirmier responsable d'unité et infirmier chef de clinique. Les résultats montrent que les hommes étaient plus représentés dans les échelons élevés de la hiérarchie (p.ex. ; 2.6% des infirmières étaient infirmières cheffes de clinique contre 9.6% d'infirmiers).</p> <p>Mode de consommation d'alcool Il a été demandé aux participants s'ils avaient déjà consommé de l'alcool. Seuls 9 femmes (1.8%) et 5 hommes (5.7%) n'avaient jamais consommé d'alcool. 70% des femmes et 80.5% des hommes avaient consommé de l'alcool la semaine précédant l'interview. La consommation moyenne des femmes durant les sept derniers jours était de 9.1 unités (= un verre standard d'une boisson alcoolisée) et celles des hommes de 19.6 unités. Onze femmes (2.2% de la population féminine totale et 3.1% des femmes ayant consommé de l'alcool durant les sept derniers jours) et quatre hommes (4.3% de la population masculine totale et 5% des hommes ayant consommé de l'alcool durant les sept derniers jours) ont indiqué avoir consommé respectivement plus de 35 unités d'alcool et plus de 50 unités d'alcool. Ceci équivaut à une consommation « à risque ».</p> <p>Tabagisme 39.2% des femmes et 46.8% des hommes étaient des fumeurs réguliers.</p> <p>Consommation de drogues illicites De manière générale, 38% des femmes et 54% des hommes avaient déjà consommé des substances illicites. 15% des femmes et 17.4% des hommes en avait consommées durant les six derniers mois. Le cannabis était de loin la substance la plus consommée.</p>

	<p>Différences parmi les sous-groupes</p> <p>L'autoévaluation de la consommation d'alcool a été analysée à l'aide de l'analyse de variance (ANOVA). Cette procédure n'a pas révélé de différence significative pour la consommation d'alcool des sept derniers jours chez les infirmiers. Par contre, la consommation moyenne d'alcool des sept derniers jours était plus haute chez les infirmières de psychiatrie que chez les infirmières des autres domaines (13 unités contre 7.5-8.1 unités). Concernant la consommation à risque, seule 11 infirmières sur 351 (3.1%) ont rapporté avoir bu 35 unités et plus durant les sept derniers jours. Sept d'entre elles travaillaient en psychiatrie. Le même constat se fait chez les hommes ; 4 infirmiers sur 80 (5%) avaient bu plus de 50 unités d'alcool durant les sept derniers jours et tous travaillaient en psychiatrie.</p> <p>Deux échelles ont été employées afin de déterminer les troubles liés à la consommation d'alcool et la consommation de drogues. La consommation de drogues ne présentait pas différence significative entre les différents sous-groupes. Par contre, les problèmes liés à la consommation d'alcool étaient plus fréquents chez les infirmières de psychiatrie.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Cette étude indique que, de manière générale, les taux de consommation d'alcool des infirmières n'étaient pas particulièrement hauts. Ces taux étaient comparables à ceux de la population générale de Grande Bretagne. D'après les résultats d'autres études consultées par les auteurs, la proportion d'infirmiers/infirmières fumeurs était plus élevée que celle de la population générale du même âge.</p> <p>Une part non négligeable de participants avait déjà consommé des drogues illicites durant leur vie. 15% des femmes et 17% des hommes ont rapporté avoir consommé de telles substances durant les six derniers mois. D'après les études consultées par les auteurs, ces taux étaient légèrement plus élevés que ceux présents dans la population générale.</p> <p>Les infirmières travaillant en psychiatrie consommaient plus souvent de l'alcool de manière excessive et avaient plus souvent fait l'expérience de problèmes en lien avec leur consommation.</p> <p>L'hypothèse suivante a été tirée d'une étude; la consommation d'alcool est particulièrement élevée chez les professionnels travaillant dans des domaines où le stress est élevé et où la pression sociale concernant la consommation d'alcool est forte. De plus, d'autres chercheurs ont mis en évidence que la consommation de tabac chez les étudiants infirmiers était fortement influencée par le stress.</p> <p>Ces caractéristiques pourraient en partie expliquer les taux de consommation de substances chez les infirmières en psychiatrie.</p> <p>Un certain nombre d'éléments mériteraient d'être approfondis. Cette étude a mis en évidence des</p>

	<p>données en lien avec le stress et la satisfaction au travail. Les relations possibles entre ces données et la consommation d'alcool, de tabac et de drogues doivent être vérifiées. Les recherches futures pourraient également vérifier l'impact possible du pourcentage de la population masculine et féminine sur la consommation de substances psycho-actives.</p>
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>Les différentes parties de l'étude sont facilement identifiables. La méthode est richement présentée. On ne trouve aucune donnée concernant l'aspect éthique (conseil éthique) ou le consentement éclairé des participants mais il est dit que 27 personnes ont refusé de participer à l'étude. On peut donc en déduire que le consentement a été demandé ou du moins que les chercheurs ont donné la possibilité aux participants de ne pas faire partie de la recherche. Les résultats sont clairement présentés et bien illustrés par quatre tableaux très précis. Enfin, la discussion compare les résultats avec d'autres recherches consultées et propose des pistes de recherches pour d'autres études. Il manque toutefois les limites de l'étude et des pistes pour la pratique.</p> <p>Dans le paragraphe « remerciements », il est écrit que cette étude a bénéficié du soutien de la « Scotch Whisky Association ». On peut se demander l'intérêt de cette association à soutenir une recherche portant sur la consommation de substances des infirmières et l'influence que ce soutien a pu avoir sur l'étude.</p>

Bibliographie	Mynatt, S. & Kelly, M. (1990) Addiction among nurses: Does the health care industry compound the problem? <i>Health Care Manager Review</i> . 35-42 USA
Type d'étude	Etude descriptive simple
Question/But/Hypothèse	Le but de cette étude est de déterminer si des facteurs présents dans les unités de soins contribuent ou non à la dépendance aux toxiques chez les infirmières et s'il existe ou non une méthode fiable permettant d'identifier les infirmières dépendantes. Le modèle développé dans l'étude, à partir des résultats, pourrait servir au développement de procédures et de directives.
Ethique	Le directeur du programme général d'assistance aux infirmières a envoyé le questionnaire avec une lettre d'approbation à toutes les infirmières choisies par les coordinateurs des centres régionaux d'assistance. L'identité des infirmières n'étaient ainsi pas connue des chercheurs. Les instructions du questionnaire stipulaient que la participation devait être volontaire et que le fait de répondre au questionnaire autorisait l'emploi des données avec protection de l'identité des participants.
Méthode	Le sondage a été envoyé à 135 infirmières participant ou ayant participé à un programme d'aide dans l'État du Tennessee. Le sondage a été soutenu par l'École d'Infirmières de Memphis. Le questionnaire était composé de 45 questions composées de questions à choix multiples, de questions fermées et de questions ouvertes. Elles portaient sur des aspects démographiques, l'historique des différents emplois, l'historique familial, l'usage d'alcool et d'autres drogues, la dépendance, le détournement [des médicaments], le chapardage, l'arrestation/la confrontation, les sanctions et le traitement. Avant d'être envoyé, le questionnaire a été contrôlé par divers spécialistes dans le domaine de la dépendance. De plus, quatre termes principaux utilisés dans le questionnaire (le manquement [à son rôle], les drogues, le détournement, et le chapardage) ont été définis.
Population	Le questionnaire a été envoyé à 135 infirmières participant ou ayant participé à un programme d'aide aux infirmières dépendantes. 77 infirmières sur 135 (57%) ont répondu au questionnaire, 60 femmes et 16 hommes. 71% des

	<p>participants était de type caucasien, 23% était de type noir, 4% était de type amérindien et 1% était de type hispanique. 42% était marié, 36% était divorcé et 22% était veuf, séparé ou célibataire. La moyenne d'âge était de 32 ans. La spécialité la plus représentée était la chirurgie et la médecine.</p>
Résultat	<p>Les infirmières « à risque » 60% des participants a rapporté avoir eu connaissance de problèmes d'alcool ou liés à d'autres drogues parmi leurs parents. Des cas de dépression familiale ont été rapportés par 41% des participants et 27% estimait que leur santé n'était pas bonne. Les chercheurs ont tenté d'estimer le niveau d'estime de soi des participants grâce à une échelle de 1 à 5. 65% des infirmières ont indiqué avoir un sentiment de culpabilité fort à très fort. Plus de 50% des soignants se sont sentis fortement mal aimés, ne méritant pas l'affection des autres, indésirables, sans espoir et sans avenir.</p> <p>Les crises Les réponses aux questions concernant les différentes crises perçues comme contribuant à l'abus de drogues ont montré un résultat élevé (56%) concernant le stress lié au travail. L'influence des problèmes familiaux a été relevée par 47% des infirmières. 16% des infirmières ont avoué avoir partagé les médicaments détournés avec des collègues.</p> <p>Stress Un élément contribuant beaucoup au stress chez les infirmières dépendantes était le fait de soupçonner ou de savoir que la découverte de leur toxicomanie n'entraînerait que des punitions et aucune attitude de soutien.</p> <p>Narcotiques et autres drogues Beaucoup de participants ont indiqué souffrir de poly-toxicomanie (addiction à plus d'une substance). Le pourcentage de médications « détournées » était supérieur à 100%, ce qui indique que certains participants détournaient plus d'une médication. La fréquence des vols était la suivante : 52% journalier, 8% toutes semaines et 7% toutes les deux semaines.</p>

	<p>Accès Les participants ont rapporté que l'abondance des stocks de médicaments et le manque de directives et de procédures de contrôle leur rendaient l'accès aux produits plus facile. Une grande variété de méthodes étaient employées pour détourner les médicaments ; 57% n'administraient pas le traitement au patient, 36% rapportaient des erreurs ou substituaient le médicament par un autre produit, 25% commandaient des quantités trop importantes et 22% trafiquaient les emballages.</p> <p>Opportunité Deux tiers (69%) des infirmières consommaient les drogues dures sur leur lieu de travail et 60% de ces professionnels consommaient au moins 4 fois par jour. Les unités identifiées comme offrant le plus de possibilités de détourner les substances étaient les unités de médecine-chirurgie (21%), les soins intensifs (20%), les autres unités (20%), aucune unité précise (10%), les urgences (5%), l'obstétrique et la psychiatrie (3% chacune).</p> <p>L'équation SNAO L'équation SNAO, nommée ainsi à cause de ses quatre variables principales « Stress, Narcotics and other drugs, Access, Opportunity » décrit certains aspects des soins pouvant potentiellement contribuer au développement d'une dépendance chez les infirmières. Le processus est le suivant ; une infirmière « à risque » qui est en état de crise vient sur son lieu de travail avec la peine physique et émotionnelle causée par cette crise. Si celle-ci est renforcée par un stress important lié au lieu de travail, l'infirmière risque d'employer des drogues pour alléger l'impact de ses problèmes. La permission qui lui est accordée de distribuer les médicaments associée à des contrôles inadéquats rendent plus facile l'accès et l'opportunité de détourner les médicaments. L'infirmière attrapée dans ce genre de situation peut manifester des comportements de désadaptation. Si ces comportements ne sont pas détectés, cela peut mener à un abus de drogues.</p>
Discussion/Conclusion	<p>La hiérarchie des institutions de soins doit réaliser que, bien qu'une infirmière dépendante soit responsable de son comportement, le cadre de travail peut contribuer au processus menant à l'abus de substances. La responsabilité de la hiérarchie est d'identifier rapidement les professionnels dépendants afin de protéger les patients. De plus, des efforts devraient être faits pour diminuer les renvois liés à la dépendance et l'embauche par d'autres institutions de professionnels non traités.</p>

Dans cette étude, les éléments identifiés comme contribuant à la dépendance sont également retrouvés dans d'autres études consultées par les auteurs.

Les comportements de désadaptation se manifestent chez des infirmières lorsque les mécanismes de Coping traditionnels ne sont plus suffisants. Ils peuvent ressembler au processus ci-dessous bien que dans la plupart des cas, ils ne sont pas conscients.

-pensée : « Je ne peux plus supporter cette douleur » (l'infirmière se base sur des expériences passées avec les substances ou sur ses connaissances des produits)

-rationalisation : « Je sais que je ne devrais pas mais j'ai besoin de souffler. Je ne le ferai que cette fois »

-préparation, organisation : une infirmière commence généralement à consommer des produits prescrits légalement, puis elle passe au vol lorsque cette source est épuisée.

-expérience, test : différentes drogues sont essayées jusqu'à ce que la « substance idéale » soit trouvée.

-décision : les substances ont été obtenues et le soulagement aussi. L'infirmière n'est pas [encore] suspectée.

-rationalisation : « je maîtrise la situation, je peux arrêter quand je veux »

L'équation SNAO peut être un outil efficace pour expliquer le processus menant une infirmière à la dépendance.

Recommandations

-mettre en place des programmes d'assistance afin de faciliter l'identification des employés ayant besoin d'aide pour résoudre des crises personnelles ou qui travaillent dans un environnement hautement stressant

-prévoir du temps et des ressources pour développer un cadre de travail sans drogue. On peut envisager d'employer un consultant spécialisé dans le développement de procédures et de directives de gestion de l'abus de substances. Une fois que ces directives sont établies, le consultant peut enseigner leur application aux équipes afin de les aider à identifier les professionnels à problèmes et à repérer leurs méthodes de détournement des substances. Il est important que les supérieurs hiérarchiques et les membres des équipes connaissent les éléments à observer, les bonnes

	<p>techniques d'intervention et les références en matière de traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> -évaluer l'enseignement des écoles d'infirmières et revoir le programme de cours si nécessaire afin d'aborder les causes et effets de l'abus de drogues -collaborer avec les programmes d'assistance aux pairs -évaluer le bénéfice du programme d'assistance aux pairs dans les institutions, s'il en existe un -prévoir une directive qui impose de faire une thérapie afin de pouvoir continuer à exercer et prévoir un nouveau cadre de travail pour les professionnels reprenant le travail après avoir été soignés
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>On retrouve facilement toutes les parties de l'étude. Le but est clairement énoncé. La méthode est bien présentée mais il manque les éventuels outils d'analyse employés par les chercheuses. Les résultats sont précis, séparés en plusieurs sous-chapitres et illustrés par quatre tableaux clairs. La discussion reprend chaque résultat et le discute en lien avec d'autres travaux consultés. Enfin, des pistes d'actions concrètes sont proposées dans le chapitre « recommandation ». Il aurait été intéressant de trouver les limites de l'étude et quelques pistes pour des recherches futures. L'étude a été soutenue par l'Ecole de Soins Infirmiers de Memphis. Ceci ne semble pas avoir eu d'influence.</p>

Bibliographie	Wolfgang, A.P. (1989) Substance abuse potential and job stress: a study of Pharmacist, Physicians, and Nurses. <i>Journal of Pharmaceutical Marketing and Management</i> . Vol.3. 97-110 USA
Type d'étude	Etude descriptive comparative
Question/But/Hypothèse	Le but de cette étude était de déterminer le risque d'abus de substances pour chaque groupe de professionnels et de confirmer le lien entre le stress professionnel perçu et le potentiel d'abus de substances parmi ces professionnels de la santé.
Ethique	Aucune notion d'éthique n'est mentionnée.
Méthode	<p>En avril 1987, un questionnaire de trois pages et une lettre d'accompagnement ont été envoyés à 992 infirmières diplômées, 947 pharmaciens et 1012 médecins. Ces trois groupes de professionnels ont été choisis car ils offraient un échantillonnage des différentes exigences, des différents degrés d'autonomie et des différentes responsabilités qui existent dans le système de santé.</p> <p>Tous les participants ont été choisis aléatoirement dans des listes nationales de chaque profession respective.</p> <p>Par la suite, un second courrier à été envoyé afin d'augmenter le taux de réponse. Au final, 1242 réponses valables ont été reçues, ce qui donne un taux de réponse de 42.1%. 462 infirmières (46.6%), 465 pharmaciens (49.1%) et 315 médecins (31.1%) ont répondu.</p> <p>En plus des données démographiques, les participants ont rempli le Health Professions Stress Inventory (HPSI ; inventaire de stress dans les professions de santé) ; les participants ont indiqué sur une échelle de Likert combien de fois ils avaient rencontré 30 situations de travail choisies parmi des études portant sur le stress dans les professions de la santé.</p> <p>Afin de vérifier le potentiel d'abus de substances, les participants ont également rempli l'échelle de Hoffmann-Lumry.</p> <p>La validité du HPSI a été vérifiée en comparant le HPSI et un index de stress au travail. Les coefficients alpha de Cronbach étaient suffisants (0.89 pour les infirmières, 0.89 pour les pharmaciens et 0.88 pour les médecins.</p>

Population	<p>Comme le HPSI est uniquement représentatif pour des professionnels en poste, seuls les réponses des personnes travaillant au moment du recueil de données ont été prises en compte. Les réponses de 387 pharmaciens, 291 médecins et 379 infirmières étaient donc valables. Les femmes constituaient 31.3% des pharmaciens, 16.9% des médecins et 95.5% des infirmières. La moyenne d'âge des pharmaciens, médecins et infirmières était respectivement de 42.2 ans, 50.3 ans et 40.2 ans. Au moment de l'étude, 77.5% des pharmaciens, 88.9% des médecins et 66.8% des infirmières étaient mariés.</p>
Résultat	<p>Un objectif de cette étude était de vérifier le potentiel d'abus de substances de chaque groupe de professionnels. Comme le montre le tableau numéro 1, 17.9% des professionnels de la santé actifs présentaient un potentiel d'abus de substances élevé. Parmi ces professionnels, les pharmaciens présentaient le pourcentage le plus élevé d'abus de substances (20.9%). Les infirmières présentaient le pourcentage le plus bas (15.6%). Pour plusieurs groupes de professionnels, l'abus de substances était relié de manière significative à trois variables démographiques ; l'âge, le sexe et l'état civil. 24.1% des pharmaciens présentaient un potentiel élevé d'abus de substances contre seulement 14% des pharmaciennes. Chez les infirmières, 41.2% des infirmiers contre seulement 14.4% des infirmières présentaient un potentiel élevé d'abus de substances. Aucune différence significative n'a été trouvée chez les médecins.</p> <p>Afin d'analyser les données, quatre catégories d'âges ont été utilisées. (>39, 40-49, 50-59 et 60<) Comme le montre le tableau 2, l'âge était significativement corrélé avec le potentiel d'abus de substance chez les pharmaciens et les médecins (les professionnels entre 40 et 49 ans présentaient le potentiel le plus élevé), mais aucune corrélation n'a été démontrée pour les infirmières.</p> <p>L'état civil des participants a également été réparti en quatre catégories ; marié, célibataire, divorcé et veuf. Pour les trois groupes de professionnels, les participants mariés présentaient moins de risque d'abus de substances que les autres catégories.</p> <p>L'autre objectif de cette étude était d'établir le lien entre le potentiel d'abus de substances et le stress professionnel perçu. Comme le montre le tableau 4, le potentiel d'abus de substances était significativement corrélé avec le stress professionnel perçu pour tous les groupes de professionnels ; tous les participants présentant un potentiel d'abus de substances élevé avaient également un résultat plus élevé au HPSI que les participants ayant un potentiel faible.</p>

<p>Discussion/Conclusion</p>	<p>Les résultats de cette étude montrent que 17.9% des infirmières, pharmaciens et médecins professionnellement actifs ont un potentiel d'abus de substance élevé. Ceci ne signifie pas que tous ces professionnels consomment régulièrement de l'alcool et des autres drogues mais qu'un nombre conséquent de praticiens de la santé sont vulnérables à l'abus de substances et que des mesures doivent être prises pour réduire les risques.</p> <p>Parmi les trois groupes de professionnels, les participants mariés avaient un potentiel d'abus de substances moins élevé que ceux qui n'étaient pas mariés. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de Sullivan (1987).</p> <p>Pour les pharmaciens et les infirmières de cette étude, l'abus de substances était significativement relié au sexe, les hommes ayant un potentiel d'abus plus élevé. Sullivan (1987) a trouvé la même corrélation dans sa recherche et l'étude de Wolfgang et Korek (1987) portant sur des pharmaciens a révélé que les hommes avaient deux fois plus de risque d'abuser de substances que les femmes. Toutefois, les hommes étant sous-représentés dans l'étude ici présente, il faut être précautionneux dans l'interprétation des résultats.</p> <p>Le résultat le plus important est toutefois le lien entre le potentiel d'abus de substances et le stress professionnel perçu. L'hypothèse a été émise en début de travail que le stress professionnel pouvait conduire à un abus de substances chez les professionnels de la santé. Cette étude n'établit pas de rapport de cause à effet, cependant, elle renforce cette hypothèse en montrant que les professionnels ayant le potentiel d'abus de substances le plus élevé était également ceux qui avaient le taux de stress professionnel perçu le plus élevé.</p> <p>Si l'abus de substances est en partie causé par le stress professionnel, quelles options pourraient être envisagées ?</p> <p>Tout d'abord, on pourrait envisager de rendre l'environnement de travail des professionnels de la santé moins stressant. Cependant, certains aspects du métier (évolution des maladies, contact avec la mort etc.) ne pourraient pas être modifiés. Une deuxième option serait de mieux informer les professionnels sur l'abus de substances et ses dangers. Mais, Stout-Wiegand et Trent (1981) ont remarqué que cette approche ne résoudrait en rien le problème du stress. La troisième option serait donc d'apprendre aux professionnels à gérer le stress. Cet option aiderait les individus à gérer le stress lié au travail et permettrait également de créer un environnement de travail où les professionnels, connaissant le</p>
-------------------------------------	---

	<p>stress, ses mécanismes et ses conséquences, seraient plus à même de rendre l'environnement de travail moins stressant.</p> <p>Les résultats de ce travail doivent être interprétés avec prudence. Ils portent sur le potentiel d'abus de substances et non la consommation effective de drogues. De plus, le pourcentage de non-réponse peut toujours induire un biais. Les réponses concernant les médecins doivent être considérées avec attention étant donné le faible taux de réponse de ces professionnels. De plus, les réponses sont basées sur une auto-évaluation subjective et limitée dans le temps.</p> <p>Malgré ces limitations, cette étude donne des preuves supplémentaires de l'existence d'un lien entre l'abus de substances et le stress professionnel. D'autres recherches seraient nécessaires pour identifier l'importance et les causes de l'abus de substances chez les professionnels de santé.</p>
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>Cette étude répond aux critères de méthodologie de manière assez rigoureuse. La méthodologie est clairement détaillée. Les résultats sont clairement présentés et sont mis en lien avec trois tableaux bien élaborés. La discussion est complète (comparaison des résultats avec les études consultées, limites de l'étude, pistes pour la pratique et les recherches futures). Il aurait été intéressant de trouver une notion d'éthique.</p>

Bibliographie	Stammer, M.E. (1988) Understanding alcoholism and drug dependency in nurses. Q.R.B. 75-80 USA
Type d'étude	Recherche descriptive simple
Question/But/Hypothèse	Cette recherche visait à découvrir les pensées, peurs, perceptions, conséquences et problèmes signifiants dans le processus menant à l'alcoolisme.
Ethique	Les infirmières qui ont accepté de participer à l'étude ont signé un formulaire de consentement éclairé qui leur assurait la confidentialité. Afin de garantir l'anonymat, les participantes pouvaient employer un pseudonyme.
Méthode	Deux canevas d'interview ont été développés pour cette étude, un pour recueillir des données démographiques et l'autre pour récolter des données sur la culture [l'environnement] des participants. Deux interviews, d'une durée totale de 6 heures, ont été effectuées avec chaque participant sur une période de 15 mois. Les interviews ont été dactylographiées et des copies ont été imprimées afin de pouvoir étudier en détail le vocabulaire [jargon] de chaque participant. Les questions ayant servi à développer les canevas d'interviews et à guider l'étude étaient les suivantes : -quels sont les facteurs personnels et environnementaux et les événements qui ont contribué à mener les infirmières à l'alcoolisme ? -quels sont les peurs, les désirs, les souhaits et les espoirs des infirmières souffrant d'alcoolisme ? -dans quelle mesure les expériences et les ressentis des infirmières affectent-ils leurs performances au travail ? -qu'est-ce que les supérieurs hiérarchiques doivent savoir sur les infirmières dépendantes afin d'intervenir de manière efficace ? -qu'est-ce que les supérieurs hiérarchiques et les collègues d'une infirmière dépendante doivent savoir afin de l'assister au mieux dans son processus de guérison ? -comment la connaissance des aspects culturels menant à l'alcoolisme et à la guérison peut-elle être employée pour développer des programmes d'éducation adaptés et efficaces pour les infirmières

	<p>dépendantes, leurs collègues et leurs supérieurs ?</p> <p>L'analyse des données a été effectuée en utilisant les quatre étapes permettant d'analyser un phénomène culturel proposées par Spradley (1979).</p> <ul style="list-style-type: none"> -poser des questions descriptives larges et cibler le domaine d'analyse -poser des questions spécifiques afin de mettre en évidence des éléments significatifs et de vérifier des hypothèses de travail -poser des questions variées et développer des paradigmes à partir de l'analyse du contenu [du travail] -développer des thématiques culturelles
Population	<p>L'échantillon de l'étude était composé de 34 infirmières alcooliques en traitement dans l'État de Virginie. Toutes ces infirmières étaient des femmes de classe moyenne entre 24 et 65 ans et majoritairement blanches. L'échantillon a été divisé selon l'âge : un groupe de 17 personnes ayant entre 24 et 40 ans et un groupe de 27 personnes ayant entre 41 et 65 ans. Cette division a été effectuée lorsqu'il est devenu évident que les caractéristiques des infirmières alcooliques variaient de manière significative en fonction de l'âge.</p>
Résultat	<p>La majorité des infirmières était affectée par des pressions sociales en lien avec leur rôle de femme. En effet, il est apparu que 59% des participantes avaient développé un idéal exagéré de leur rôle de personne soignante. 85% des participantes ressentaient un fort besoin de prendre soin des autres et calquaient leur estime de soi en fonction de leur capacité à répondre aux besoins d'autrui. L'alcoolisme familial semble avoir influencé le développement de l'alcoolisme chez environ 80% de participantes. Le scénario familial classique de ces participantes était caractérisé par l'instabilité, la fluctuation du fonctionnement familial et l'ambiguïté quant au rôle de chaque membre de la famille. L'étude a mis en évidence que le manque d'amour était une caractéristique dominante des infirmières alcooliques interrogées et qu'elles avaient le sentiment de ne pas avoir de valeur. Afin de montrer leur valeur, ces participantes avaient tendance à dépenser énormément d'énergie à essayer de tout faire à la perfection.</p> <p>La tension est apparue comme étant la variable regroupant les thèmes stress et peur. Le stress, exprimé comme une colère grandissante, est apparu comme le thème dominant dans le chemin menant à l'alcoolisme. Il a été considéré par les participantes comme étant à la fois la cause et la conséquence de l'alcoolisme. La peur, quant à elle, est apparue comme la variable dominante dans le</p>

	<p>chemin menant à la guérison.</p> <p>L'âge des participantes a également eu une influence sur le développement de l'alcoolisme. Parmi les plus jeunes infirmières (entre 24 et 40 ans), plus de la moitié ont commencé à boire de manière importante durant l'enfance où l'adolescence. L'autre moitié des jeunes infirmières et les infirmières du groupe des participantes âgées de 41 et 65 ans ont commencé à boire durant les études ou en travaillant. Beaucoup de ces professionnelles ont indiqué avoir commencé à boire de l'alcool comme mécanisme de Coping face au stress de la profession infirmière. Ceci est très plausible pour les infirmières ayant vécu dans une famille aux prises avec l'alcoolisme et ayant vu l'alcool employé comme une méthode « normale » pour supporter les tensions. Dans les soins, le manque de personnel, le contact permanent avec des patients très malades, les horaires irréguliers perturbant les repas et le sommeil peuvent causer de la fatigue et de la frustration.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Un programme éducationnel pourrait donner aux supérieurs hiérarchiques et aux collègues des infirmières dépendantes des éléments leur permettant de mieux comprendre les comportements d'abus de substances. Il pourrait également aider les infirmières soignées à repartir dans le monde du travail et permettre d'identifier les professionnels dépendants. Les infirmières devraient apprendre à reconnaître les comportements pouvant indiquer un abus d'alcool et / ou de drogues. De plus, les participants à l'étude ont également suggéré que les supérieurs hiérarchiques connaissent ces comportements.</p> <p>Cette étude a également montré que les supérieurs et les collègues intervenaient plus facilement dans des situations d'abus de drogues que dans des situations impliquant l'abus d'alcool. Cependant, dans tous les cas, l'intervention n'avait lieu que lorsque l'entourage de l'infirmière concernée y était forcé par une situation de crise. Le résultat n'était pas constructif ni pour l'infirmière, ni pour ses collègues.</p> <p>Les infirmières ayant participé à l'étude ont insisté sur l'importance d'avoir un environnement de travail soutenant dans le processus de guérison. Malheureusement, la plupart des infirmières de l'étude n'ont pas rencontré la tolérance qu'elles attendaient. Il est apparu évident pour 62% des participantes qu'elles devraient changer de poste si elles voulaient trouver le soutien qu'elles espéraient.</p>

Commentaires personnels / Critique	<p>La présentation des divers éléments de l'étude ne permet pas de voir les chapitres méthodologiques de manière précise. Toutefois, les chapitres « Méthodologie » et « Résultats » sont assez détaillés. Une autre critique qu'on peut émettre face à cet article est le faible nombre de participants. Enfin, la discussion ne propose que des pistes pour la pratique mais ne présente pas les limites de la recherche ou les implications pour la recherche. Une étude portant sur 34 personnes ne permet pas une généralisation des résultats. De plus, Il aurait également été intéressant de trouver plus de tableaux présentant les résultats. Enfin, la discussion ne propose que des pistes pour la pratique mais ne présente pas les limites de la recherche ou les implications pour les recherches futures. Tout ceci peut se justifier par le fait que le document analysé est un communiqué, ce qui peut expliquer que tous les chapitres méthodologiques ne bénéficient pas du même développement.</p>
---	---

Bibliographie	<p>Sullivan, E.J. (1987) Comparison of chemically dependent and nondependent nurses on familial, personal and professional characteristics. <i>Journal of Studies on Alcohol</i>. Vol. 48, No 6, 563-568 USA</p>
Type d'étude	Etude descriptive comparative
Question/But/Hypothèse	Le but de cette étude est d'identifier, dans une population d'infirmières diplômées, les facteurs associés au développement de difficultés en lien avec la dépendance aux produits.
Ethique	Toutes les réponses étaient anonymes et les membres des associations de soins aux infirmières dépendantes n'avaient pas accès aux réponses des professionnelles concernées. Une lettre était jointe aux questionnaires afin d'expliquer le but de l'étude et stipulait que le fait de répondre au courrier donnait l'accord pour participer à la recherche.
Méthode	<p>Il est difficile de prendre contact avec des infirmières dépendantes ; elles sont en effet réticentes à être connues car le stigmate de l'alcoolisme et de la dépendance aux drogues met leur futur professionnel en danger. De ce fait, la chercheuse a pris contact avec des associations de professionnels et avec des programmes d'assistance aux infirmières diplômées, a fait des annonces dans diverses publications ainsi qu'à des meetings où étaient présents des gens en contact avec des infirmières en cure de « désintoxication ».</p> <p>Un questionnaire a été distribué à un échantillon des deux populations ; il visait à recueillir des informations sur des aspects démographiques, la formation suivie par différents membres de la famille, les différents postes occupés, l'historique médical et de consommation de substances. Ces catégories ont été choisies d'après les différentes études consultées par l'auteure. Des experts dans le domaine du traitement des addictions ont contribué à affiner le questionnaire.</p> <p>Afin de détecter une éventuelle consommation de toxiques chez les infirmières « non-dépendantes », cinq questions spécifiques ont été incluses au questionnaire (dont quatre ont été adaptées du questionnaire CAGE). Si les infirmières « non-dépendantes » répondaient OUI à une de ces questions, elles étaient exclues de l'étude.</p> <p>Les deux groupes d'infirmières ont été comparés et les différences entre chaque groupe ont été</p>

	étudiée en employant l'analyse Chi-Carré et la mesure descriptive.
Population	<p>Deux types de professionnels étaient visés par cette étude ; des infirmières diplômées en traitement pour la dépendance à l'alcool ou aux drogues et des infirmières diplômées n'étant pas connues pour des problèmes de dépendance.</p> <p>Afin d'avoir un échantillon représentatif des infirmières diplômées du pays, 20 bureaux de recensement des infirmières représentant les principales régions du pays ont été contactés. Les bureaux du Maine, du Tennessee, du Missouri, du Nevada, de l'Idaho et du Maryland ont indiqué pouvoir fournir une liste de 300 infirmières chacun pour un prix abordable.</p> <p>L'échantillon était constitué de 661 infirmières ; 139 infirmières en cure et 522 infirmières non-dépendantes. Le taux de réponse chez les infirmières non dépendantes était de 33% (522 sur 1800). Celui des infirmières dépendantes n'était pas connu étant donné que les questionnaires n'ont pas été distribués par la chercheuse. Après le premier questionnaire sur l'alcoolisme, seules les infirmières ayant répondu par la négative ont été incluses, ce qui représente un total de 384 infirmières (sur 522).</p> <p>Les infirmières en traitement étaient principalement dépendantes à l'alcool (43%) ou à l'alcool et aux narcotiques ou à d'autres substances (32%). 23% étaient dépendantes aux narcotiques seuls et les 2% restant étaient dépendantes à d'autres drogues.</p> <p>La majorité des participants des deux groupes étaient âgés entre 26 et 40 ans. Les infirmières non-dépendantes étaient légèrement plus âgées. La principale différence entre les deux groupes était la répartition des infirmiers et des infirmières : les hommes représentaient 12% des professionnels dépendants contre seulement 2% des infirmiers non-dépendants.</p>
Résultat	<p><i>Historique familial</i> : environ 40% des participants de chaque groupe sont les aînés de la famille. Parmi les infirmières dépendantes, 48% ont indiqué avoir vécu une certaine parentalisation contre seulement 22% chez les infirmières non-dépendantes.</p> <p>Une consommation importante d'alcool au sein de la famille a été rapportée par 32% des infirmières dépendantes contre seulement 10% des infirmières de l'autre groupe. La drogue a influencé le décès de 5% des parents chez les infirmières dépendantes contre zéro chez les infirmières non-dépendantes.</p>

	<p><i>Instruction :</i> Il n'y a que peu de différence entre les deux groupes concernant la formation, les résultats et le nombre d'années de travail depuis le diplôme.</p> <p><i>Sexualité :</i> La majorité (54%) des infirmières dépendantes ont rapporté des difficultés dans le domaine sexuel contre moins de 25% chez les infirmières non-dépendantes.</p> <p><i>Mode de vie actuel :</i> La plupart des infirmières des deux groupes travaillaient depuis plus de 10 ans mais peu d'infirmières dépendantes étaient encore sur le marché du travail au moment de l'étude. Les infirmières non dépendantes ont rapporté un taux plus élevé de mariage et une durée de leur union plus importante. De plus, elles étaient plus nombreuses à avoir des enfants.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Cette étude est une première tentative visant à identifier les caractéristiques des infirmières dépendantes qui les différencient de leurs collègues « non-dépendantes ».</p> <p>Un résultat surprenant était les 18% de professionnels considérés comme « non-dépendants » mais ayant répondu positivement aux questions introduites dans le questionnaire afin de déceler une éventuelle consommation problématique. De plus, 8% des participants « non-dépendants » n'ont pas répondu à ces questions. Ces éléments pourraient indiquer un pourcentage de professionnels dépendants plus important.</p> <p>Un autre résultat intéressant est que le pourcentage d'hommes dans le groupe des infirmières en traitement est plus important que dans le groupe des infirmières « non-dépendantes ». Ceci est confirmé par d'autres études ayant un setting plus petit.</p> <p>Comme l'auteure le prévoyait, les infirmières en traitement venaient plus souvent de familles où l'alcoolisme et la dépression étaient présents. Ceci laisse supposer que les infirmières ayant des problèmes de dépendance auraient souvent des membres de leur famille alcooliques. Ces éléments se retrouvent également dans d'autres études consultées par la chercheuse.</p> <p>L'association entre la consommation de substances et les troubles de la sexualité et le fait que les infirmières dépendantes aient des relations de couple plus instables et qu'elles fassent état d'un passé médical plus chargé étaient attendus par la chercheuse. Ces éléments sont également confirmés par d'autres études.</p> <p>Cette étude présente plusieurs limites, ce qui implique que les résultats doivent être considérés avec</p>

	<p>prudence. Tout d'abord, les deux populations choisies différaient dans leur représentativité : étant donné que le questionnaire n'a pas été distribué par la chercheuse aux infirmières en traitement, l'échantillon n'a pas pu être vérifié. Certaines caractéristiques de ce groupe de professionnels, inconnues, peuvent avoir induit divers biais. De plus, cette étude porte sur des infirmières en traitement et non sur des consommatrices actives. Celles-ci pourraient présenter des caractéristiques supplémentaires.</p> <p>Bien que la population des infirmières ait été choisie au hasard, le fait de faire appel à des bureaux de recensement peut avoir induit un biais régional inconnu de la chercheuse.</p> <p>Bien que ces limites demandent de la prudence pour la généralisation des résultats, cette étude offre une contribution importante aux données limitées concernant la dépendance aux substances chez les infirmières. D'autres études évitant les biais méthodologiques de celle-ci rendraient les résultats plus valables. De plus, des études longitudinales sur les infirmières dépendantes devraient être menées.</p> <p>Le problème de la dépendance a un impact sur l'infirmière, sa famille, son employeur et, plus important, le patient. En plus de l'aide apporté à l'infirmière en traitement, c'est la sécurité, la santé et la guérison du patient qui motivent les recherches dans ce domaine.</p>
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>Les différentes parties de l'étude sont clairement mises en évidence. La méthodologie est présentée dans les détails et les outils d'analyse sont cités. Les points importants des résultats sont clairs et les tableaux les accompagnants sont bien compréhensibles. La discussion compare les résultats avec le cadre de référence, donne les limites de l'étude et des pistes pour des recherches futures. Il aurait été intéressant de trouver des données concernant l'implication pour la pratique.</p>

Bibliographie	Bissel, L. & Jones, R.W. (1981) The alcoholic nurse. <i>Nursing Outlook</i> . 96-101 USA
Type d'étude	Etude descriptive simple
Question/But/Hypothèse	Cette étude visait à étudier le phénomène de l'alcoolisme chez les infirmières et d'autres professionnels médicaux.
Ethique	Les chercheurs ont pris contact avec les sujets après que des proches leur aient demandé leur accord et qu'ils aient obtenu leur permission.
Méthode	Les auteurs ont entrepris une étude basée sur des interviews de divers professionnels. Toutes les interviews ont été menées par une équipe composée des personnes ayant souffert d'alcoolisme.
Population	Les participants ont été choisis selon les critères suivants. Ils se considéraient comme étant alcooliques, ils étaient membres des Alcooliques Anonymes (AA) et ils avaient été abstinents depuis une année ou plus. Au final, la population était constituée de 100 infirmières diplômées ayant entre 26 et 69 ans. La moyenne d'âge était de 44.6 ans. Les participants étaient abstinents depuis 1 à 20 ans au moment des interviews, avec une moyenne de 4.8 ans. 2 participants ne travaillaient qu'à temps partiel, 67 étaient employés à plein temps dans les soins infirmiers, 3 travaillaient à temps complet dans un autre domaine et 28 ne travaillaient pas.
Résultat	Comme les autres professionnels faisant partie des AA que les chercheurs avaient interviewés, les infirmières ont rapporté avoir eu des excellents résultats lorsqu'elles étaient en formation. Sur les 87 infirmières ayant donné des informations sur ce sujet, 67.7% étaient dans le meilleur tiers de la classe. Les chercheurs ont demandé aux participants s'ils avaient consommé des drogues en dehors du cadre de l'hôpital et s'ils estimaient en avoir été dépendants. Seuls les personnes ayant répondu par l'affirmative ont été comptés dans l'étude. L'hypothèse suivante avait été énoncée : les femmes alcooliques ont plus de risque d'avoir des problèmes d'addictions avec d'autres drogues que les hommes présentant des problème d'alcool étant donné qu'elles ont plus tendance à consommer des tranquillisants légers et des hypnotiques.

	<p>Cependant, lorsque la population infirmière a été comparée à un groupe de médecins de sexe masculin, il est intéressant de constater que les médecins ont rapporté légèrement plus d'addictions à d'autres drogues (tableau 1).</p> <p>De manière générale, les femmes avaient plus de risque de faire des tentatives de suicides avortées alors que les hommes avaient plus de risque de mourir lorsqu'ils accomplissaient un geste de suicide. Parmi les 97 médecins interviewés, seul 15.5% avait fait des tentatives de suicide contre 31% des 100 infirmières interviewés. Beaucoup des tentatives de suicides avaient été faites lorsque la personne était sous l'influence de l'alcool.</p> <p>53% des infirmières ont demandé de l'aide à un psychiatre et 34% ont contacté un membre du clergé. 58% se sont tournées vers des médecins d'autres spécialisations afin d'être soutenues face à leur alcoolisme.</p> <p>Les infirmières et les médecins ont tous rapporté avoir eu des problèmes somatiques en lien avec leur consommation d'alcool. Les infirmières étaient pour la plupart légèrement plus jeunes que les médecins et avaient commencé à consommer de l'alcool plus tard qu'eux. Elles avaient donc été moins exposées aux effets de l'alcool. Cependant, elles ont tout de même rapporté plus de problèmes physiques que les hommes.</p> <p>Les infirmières avaient subi moins de sanctions professionnelles que les médecins. Lorsqu'elles se sont senties repérées, beaucoup d'infirmières ont changé leurs horaires de travail afin de faire partie de l'équipe de nuit, là où la surveillance était minimale. Certaines ont également choisi de rejoindre un secteur où le personnel était difficile à trouver et où les exigences étaient moins hautes. Les difficultés familiales et les problèmes de santé étaient les excuses les plus fréquentes employées par les infirmières pour quitter leur travail. Fait étonnant, les lettres de recommandations ne faisaient jamais état de ces difficultés.</p>
Discussion/Conclusion	<p>Les infirmières ayant accepté de participer à cette étude l'ont fait dans l'espoir que leur expérience pourrait être utile à d'autres infirmières présentant un problème d'alcool. La plupart avaient l'impression que leur entourage n'était pas mieux informé qu'elles sur l'alcoolisme. La plupart du temps, leurs proches avaient également nié le problème d'alcool, comme elles.</p> <p>Il semblerait que les professions de soins aient beaucoup de difficultés à déterminer des stratégies pour prendre en charge des collègues ayant des problèmes de dépendance. Des actions appropriées doivent être rapides et décisives. Mais elles doivent également viser à respecter les droits des patients</p>

	<p>et des professionnels concernés. Après avoir été traités, les professionnels devraient pouvoir réintégrer une équipe de soins. Il ne devrait pas avoir de licenciement punitif.</p> <p>Des excellents résultats peuvent être obtenus avec des personnes abusant de drogues ou d'alcool si leur problème est identifié à temps et si on leur garantit que leur droit à travailler sera conservé.</p>
<p>Commentaires personnels / Critique</p>	<p>Les différentes parties de la recherche ne sont pas facilement identifiables. Le chapitre méthodologie pourrait être bien plus développé. Les résultats sont présentés de manière claire et les tableaux sont bien explicatifs. La discussion pourrait être un peu plus centrée sur les résultats. Cependant, la recherche date de 1981 et les exigences méthodologiques étaient peut être différentes à cette époque.</p>

C. Articles exclus de la revue de littérature

Auteur(s) et année	Titre de la recherche	Raisons d'exclusion
Bry, B.H. (1983)	Predicting drug abuse : review and reformulation	Revue de littérature montrant des liens entre différents facteurs de risque mais sans les détailler suffisamment
Caroselli-Karinja, M. & Zboray Drozd, S. (1986)	The impaired nurse	Article n'étant pas une recherche en soi
Clark, M.D. (1988)	Preventing drug dependency; Part I, recognizing Risk Factors	Revue de littérature ayant en bibliographie des articles employés dans le Bachelor Thesis
Henry D., Howard M.J. & Hughes T.L. (2002)	Nurses' use of alcohol and other drugs; findings from a national probability sample	Article portant sur la prévalence de la consommation de substances chez les infirmières et non sur les facteurs de risque de cette consommation
Green, P. (1989)	The chemically dependent nurse	Article n'étant pas une recherche en soi
Griffith, J. (1999)	Substance abuse disorders in nurses	Revue de littérature ayant dans sa bibliographie des articles employés pour le Bachelor Thesis
West, M.M. (2001)	Early risk indicators of substance abuse among nurses	Recherche dont les résultats ne sont pas présentés de manière explicite

Miles G., Pearson A. & Rhodes L. (2006)