



POLE DES FORMATIONS
PARAMEDICALES DE
SPECIALITES

Ecole d'Infirmier(e)s
Anesthésistes
Adresse postale : CHU de CAEN
CS 30001
14033 CAEN Cedex 9



Mémoire professionnel

**En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste
Et du grade Master**

Etudiant(e)s Infirmier(e)s Anesthésistes et addictions

Nom du directeur de mémoire : Dr ARZALIER-DARET Ségolène

ASSELIN Hugo
Promotion 2016-2018

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné,

Nom : ASSELIN

Prénom : Hugo

Régulièrement inscrit à l'école d'Infirmiers Anesthésistes du CHU de Caen

- Déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de la Bibliothèque Universitaire en Santé du bon usage des ressources utilisables dans le cadre des travaux individuels et collectifs.

- Déclare avoir pleinement conscience que le non-respect manifeste des règles édictées dans le Règlement Intérieur de l'Institut de Formation et de la Bibliothèque Universitaire en Santé, pourra entraîner l'attribution d'une note égale à 0.

- Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité.

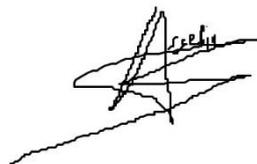
- Certifie n'avoir ni recopié ni utilisé sans les mentionner des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article, mémoire ou tout autre document, disponible en version imprimée et/ou électronique.

- Déclare avoir pleinement conscience de ce qu'est le plagiat.

- Déclare avoir pleinement conscience que, conformément au Règlement Intérieur du Pôle des Formations Paramédicales de Spécialités du CHU de Caen, tout plagiat est assimilé à une fraude et peut impliquer la saisine du Conseil de Discipline de l'Institut de Formation et prononcer des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion.

Date : le 31 Août 2018 à Caen

Signature :



Remerciements

J'adresse ici mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie le Dr Ségolène Arzalier-Daret, médecin Anesthésiste-Réanimateur au CHRU de Caen. En tant que Directrice de mémoire, elle m'a guidé dans mon travail.

Je remercie aussi Mme Pezeril Sylvie, formatrice de l'Institut de Formation des Infirmiers Anesthésistes de Caen, pour son aide à la diffusion de mon questionnaire, ses relectures attentives de mon travail et ses conseils.

Je veux également remercier chaleureusement William pour son aide logistique.

Je souhaite particulièrement remercier Lucie, ma sœur Anouk, mes parents Gaëlle et Eric, Florence et Yann ainsi que Grégory et Isabelle pour leurs relectures patientes, attentives et leurs précieux conseils.

Enfin je souhaite faire part de mes remerciements les plus sincères aux directeurs des Instituts de Formation des Infirmiers Anesthésistes de France et Outre-Mer ayant accepté de diffuser mon questionnaire d'enquête.

Sommaire

Déclaration sur l'honneur	2
Remerciements	3
Liste des abréviations	7
Introduction	9
I. Cadre théorique	11
A. Définitions	11
1. Drogue	11
2. Addiction et dépendance	12
3. Notions d'usage simple et nocif	13
B. Epidémiologie.....	14
1. Dans la population générale	14
2. Dans la population soignante.....	17
3. Dans la population étudiante	18
C. Facteurs influençant la consommation de substances addictives	20
1. Dans la population générale	20
2. Dans la population soignante et liés à la pratique professionnelle en milieu anesthésique.....	22
3. Dans la population étudiante	31
II. Matériel et méthodes	36
A. Objectifs	36
B. Population cible	36
C. Questionnaire d'enquête	36
D. Moyen de diffusion du questionnaire et de collecte des résultats	38
E. Analyses statistiques	39

III. Résultats.....	40
A. Description de la population.....	40
B. Description des consommations	41
1. Au cours de la vie	41
2. Au cours des trois derniers mois	41
1) Prévalence des consommations.....	41
2) Fréquence des consommations.....	42
C. Evaluation du niveau d'addiction	44
D. Identification des facteurs de risque d'addiction.....	45
1. Liés aux études d'IADE	45
1) Initiation, reprise et augmentation des consommations	45
2) Epuisement et stress en lien avec la formation d'IADE	45
2. Liés aux caractéristiques sociodémographiques.....	46
E. Recours à un professionnel de santé	47
F. Découverte de conduite(s) addictive(s) : quelle attitude ?.....	47
IV. Discussion	48
A. Etat des lieux des consommations et niveaux d'addiction	48
B. Causes et conséquences des niveaux d'addictions relevés	51
C. Forces et faiblesses de l'étude	54
V. Perspectives professionnelles	56
VI. Conclusion	57
VII. Bibliographie	58
Abstract	66
Annexes.....	67
A. Définitions de la dépendance selon le DSM V et la CIM 10	67
B. Facteurs de risque indépendants de consommation.....	68
C. Questionnaire OMS ASSIST v3.0, français	69

D.	Questionnaire d'enquête	75
E.	Résultats du questionnaire d'enquête.....	89
F.	Résultats du score OMS ASSIST	103

Liste des abréviations

ADUC (étude) : Alcool et Drogues à l'Université de Caen Normandie

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

API : Alcoolisations Ponctuelle Importante

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

BOS : Burn Out Syndrome

BTP : métiers du Bâtiment et des Travaux Publics

CFAR : Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

EBM : Evidence Based Medicine

EIA : Elève Infirmier-e Anesthésiste

ESI : Etudiant-e-s en Soins Infirmiers

FIDES (Mission) : (confiance en latin) Prévention des addictions pour les personnels à l'AP-HP

FNESI : Fédération Nationale des Etudiant-e-s en Soins Infirmiers

HPST : loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IADE : Infirmier-e Anesthésiste Diplômé-e d'Etat

IDE : Infirmier-e Diplômé-e d'Etat

IFIA : Institut de Formation des Infirmiers Anesthésistes

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

M1 : Master 1

M2 : Master 2

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine (molécule psychostimulante de la classe des amphétamines)

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

NGP : Nouvelle Gestion Publique

NPM : New Public Management

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SdEP : Syndrome d'Épuisement Professionnel

SESMAT : enquête Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SMART : Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SPA : Substance(s) PsychoActive(s)

SUMER (Enquête) : enquête SURveillance Médicale des Expositions des salariés aux Risques professionnels

T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

Depuis plusieurs années, l'hôpital et le milieu du soin sont en proie à de profondes mutations visant à réduire les dépenses publiques (1). Ces contraintes économiques et budgétaires peuvent engendrer des risques professionnels chez les soignants et aboutissent parfois à des drames humains, véritables symptômes d'un mal-être au travail. Cependant, ce mal-être n'est pas uniquement présent dans le milieu du soin. De nombreux autres corps de métier présentent également des symptômes liés aux risques psychosociaux au travail comme en témoigne l'enquête SUMER (2). La prévention de ces risques est devenue un problème de santé publique au cœur de l'actualité dans la presse grand public.

Afin de lutter contre ce phénomène, des mesures ont été mises en place par différents organes et notamment : les accords-cadres de l'Europe (3), les plans gouvernementaux de l'Etat Français (4), des formations/stages proposés par des organismes professionnels tels que l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) ou encore la plateforme en ligne Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail (SMART) du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs (CFAR), dédiée à l'écoute et à l'information des professionnels de l'anesthésie.

Pour ma part, j'ai souvent été sensibilisé aux risques psychosociaux et plus particulièrement aux risques liés aux conduites addictives (exposés de l'infirmier¹ scolaire, des enseignants, de la gendarmerie, stage en addictologie,...) tout au long de ma scolarité et de ma formation professionnelle. Cependant, j'ai pu remarquer que ce thème était peu abordé dans la formation d'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE). Lors du choix de mon thème de mémoire, il m'a donc paru intéressant de travailler sur les pratiques addictives dans le milieu professionnel de la santé en France et notamment en anesthésie. Après quelques recherches bibliographiques, j'ai fait le choix de cibler mon étude sur une population dont je fais partie : les Etudiants² Infirmiers Anesthésistes (EIA) français. En effet, il n'existe à priori aucune littérature concernant les addictions de cette population bien que le thème des addictions chez les étudiants soit récurrent dans les publications scientifiques internationales. Le choix de ce sujet est de plus motivé par la prise de conscience politique

¹ Lire partout infirmier(s) / infirmière(s)

² Lire partout étudiant(s) / étudiante(s)

du risque de développement de conduites addictives chez les étudiants notamment par le lancement récent en Octobre 2016 de l'étude ADUC à Caen.

Suite à mes premières lectures concernant notre sujet d'étude et mes expériences professionnelles en tant qu'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) et EIA, un certain nombre de questions ont émergé :

- La politique de santé actuelle nous pousse-t-elle à être plus performants ? Si oui, comment réagissons-nous face à cela ?
- De quelle manière l'exercice professionnel en anesthésie, dans lequel des situations graves et de deuil sont présentes, influe-t-il notre psyché ? Quels mécanismes de défense met-on en place en regard de cela ?
- Les particularités de la formation d'IADE et le stress qui en découle sont-ils des facteurs favorisant la consommation de substances psychoactives ?

Mon hypothèse est la suivante : l'étudiant infirmier anesthésiste cumulerait les risques de conduites addictives liés aux :

- Statut d'étudiant (vulnérabilité des gens en formation, financement, place de l'étudiant, reprise de formation, pression aux yeux des futurs collègues,...)
- Statut de soignant dans un contexte politique de plus en plus contraint,
- Statut de professionnel de l'anesthésie (dix heures consécutives au bloc avec parfois alternance jour/nuit, activité de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) dans certains centres hospitaliers, fatigue, stress au travail, responsabilités, absence de droit à l'erreur, facilité d'accès à des produits addictogènes,...).

Au final, l'EIA aurait donc un plus grand risque de développement de conduites addictives. L'ensemble de mes réflexions a permis de dégager la question de départ suivante :

<p style="text-align: center;">Les études d'infirmier anesthésiste favorisent-elles la consommation de substances addictives ?</p>

Pour répondre à cette question, nous avons dans un premier temps, défini les termes essentiels et nécessaires pour situer notre sujet et avons étudié l'épidémiologie des addictions dans la population générale, soignante et étudiante. Dans un second temps nous avons exploré de manière globale les facteurs de risques et de protection influençant les consommations de substances, puis ceux liés à la population soignante et à la pratique professionnelle en anesthésie et enfin ceux présents au sein de la population étudiante.

I. Cadre théorique

A. Définitions

1. Drogue

Le site de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA) nous fournit une quantité d'informations non négligeables sur les termes en lien avec l'addiction (5).

Autrefois, une drogue était un « médicament », une préparation des apothicaires destinée à soulager un malade (6). Aujourd'hui, « on appelle « drogue » toute substance psychotrope ou psychoactive qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience » (7) (8). C'est un produit pouvant entraîner une dépendance physique et/ou psychique. Il existe des drogues d'origine « naturelle » (extrait d'une plante ou d'un champignon) ou d'origine « synthétique » (produit issu d'un laboratoire et fabriqué à partir de produits chimiques). La MILDECA classe les drogues suivant leurs effets :

- Dépresseur : ralentissement de certaines fonctions ou sensations,
- Stimulant : accroissement de sensations et de certaines fonctions organiques,
- Hallucinogène : modification des perceptions visuelles, auditives et corporelles,
- Stimulants-hallucinogènes : distorsions des perceptions de manière moindre qu'avec une substance purement hallucinogène et associées à un effet stimulant.

Cette même source nous précise aussi que le terme de drogue englobe aussi bien les drogues licites (alcool, nicotine, les médicaments,...) que les drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne,...).

Le terme de « stupéfiant » désigne les substances psychoactives interdites ou dont l'usage est contrôlé de manière stricte afin de limiter leurs usages aux seules fins médicales et scientifiques et éviter tout détournement, abus ou trafic.

2. Addiction et dépendance

D'après Christian Lüscher, il existe une différence entre l'addiction et la dépendance : « *On parle de dépendance lorsqu'on souffre du syndrome de sevrage à l'arrêt brusque de la consommation alors que l'addiction est la consommation excessive d'une substance, en dépit des conséquences néfastes. Les opiacés entraînent à la fois dépendance et addiction, alors que la cocaïne ne provoque que l'addiction* » (9). L'addiction désigne donc aussi bien les dépendances à des substances que les toxicomanies sans drogue (pratiques et comportements). Le National Institute of Drug Abuse Nord-Américain définit quant à lui l'addiction selon ces termes : « *L'addiction est une affection cérébrale chronique, récidivante, caractérisée par la recherche et l'usage compulsifs de drogue, malgré la connaissance de ses conséquences nocives* » (10). Les substances concernées sont la nicotine (tabac, cigarette électronique,...), l'alcool, le cannabis, les opiacés (héroïne, morphine, codéine,...), la cocaïne, les amphétamines et dérivés de synthèse. Mais il existe aussi des addictions sans substance ou addictions comportementales. A ce jour, seul le jeu pathologique (jeux de hasard et d'argent) et le « trouble du jeu vidéo » sont reconnus en tant qu'addiction comportementale par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans la suite de ce mémoire, nous ne nous intéresserons qu'aux addictions à des substances, faute du manque de données scientifiques concernant les addictions comportementales (8).

En effet, la dépendance à une substance est un trouble mental référencé comme tel dans les classifications internationales, à savoir le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux version V (DSM V, dernière édition : 2013) et la Classification statistique Internationale des Maladies de l'OMS version 10 (CIM 10, dernière édition : 1996 pour le 3ème volume. CIM 11 à paraître). Ces deux définitions sont disponibles en [annexe A](#). Il existe des variabilités inter-individuelles et cette dépendance peut s'installer, selon la personne et/ou le produit, de façon brutale ou au contraire de manière progressive. A savoir que la dépendance peut apparaître à tout moment dans l'existence mais que la période de 15 à 25 ans et le sexe masculin sont des facteurs propices à son émergence (8).

Enfin, nous nous devons de clarifier les notions de dépendance physique et psychique. La dépendance physique est marquée par un ensemble de symptômes physiques (sudation, tremblements,...) lors de l'arrêt de la consommation du produit qui peuvent s'accompagner de troubles du comportement (angoisse, irritabilité, délires,...) et d'un besoin irrépressible

de consommer. Suivant la substance consommée, un syndrome de sevrage peut avoir lieu et une aide pharmacologique et psychologique doit être mise en place. La dépendance psychique ne s'accompagne pas de symptômes physiques mais uniquement de symptômes psychologiques (anxiété, dépression,...).

3. Notions d'usage simple et nocif

Toute personne n'est pas dépendante à un produit dès son expérimentation (6). De nombreux facteurs influent sur le développement des conduites addictives tels que : le produit utilisé, la dose, la fréquence d'utilisation, la durée de consommation, la variabilité inter-individuelle, l'histoire personnelle de chacun,... De plus, il existe des substances ayant un pouvoir addictif et une vitesse d'installation de la dépendance supérieures à d'autres (8). On distingue ainsi 4 catégories d'utilisateurs (11) :

- Expérimentateurs : utilisation d'une substance au moins une fois dans leur vie,
- Occasionnels : utilisation d'une substance au moins une fois dans l'année,
- Réguliers : consommation tous les jours,
- Consommateurs à problème : problèmes d'abus et de dépendance.

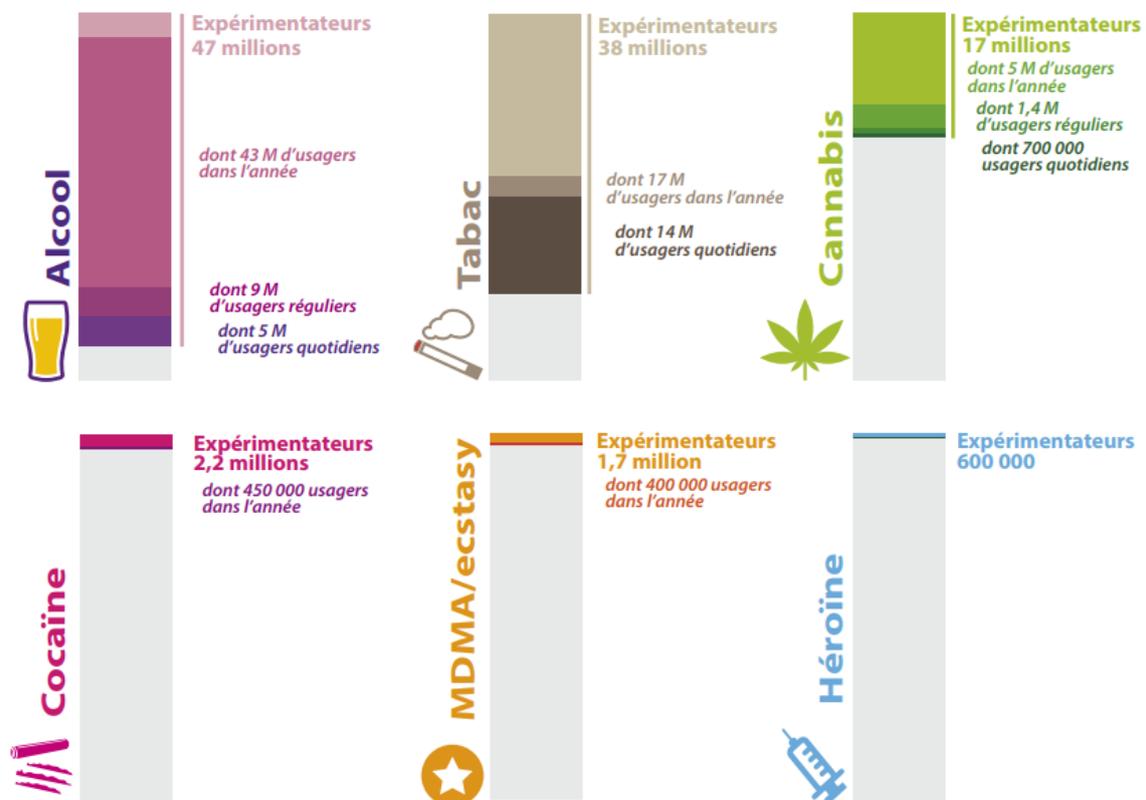
L'usage simple est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives pour soi ou pour autrui (6). Cet usage peut toutefois entraîner des risques pour la santé. L'usage nocif ou abusif, est quant à lui, selon la CIM 10, « *un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (hépatite,...) ou psychiques (épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool,...)* ».

Pour résumer, une personne est dépendante lorsqu'elle ne peut plus se passer de consommer sous peine de souffrances physiques et/ou psychiques. Le passage de l'usage simple à l'usage nocif ou de l'usage nocif à la dépendance n'est bien souvent pas perçu par l'utilisateur qui pense maîtriser sa consommation (6). Sont regroupés sous le terme de pratiques addictives l'usage simple, abusif et la dépendance.

B. Epidémiologie

1. Dans la population générale

Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives licites les plus consommées en France. Il en est de même pour le cannabis en tant que substance illicite (12). Nous ne donnerons pas l'épidémiologie des solvants et des substances hallucinogènes faute de données.



Sources : Baromètre santé 2016 et 2014 (SPF), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2015 (OFDT), HBSC 2014 (service du rectorat de Toulouse)

En France, le nombre d'individus de 11-75 ans est d'environ 50,7 millions en 2017. Ces chiffres donnent un ordre de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16,5 et 17,5 millions.

Définitions

■ **Expérimentation** : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

■ **Usage dans l'année ou usage actuel** : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps.

■ **Usage régulier** : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois.

Figure 1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans (13), 2017, Sources : Baromètre santé 2016 et 2014 (SPF), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2015 (OFDT), HBSC (2014) (13).

Alcool

En 2014, l'usage quotidien de boissons alcoolisées concerne 10% des adultes de 18 à 75 ans (15% d'hommes et 5% de femmes) (13). En 2014, parmi les 18-75 ans, 17% ont déclaré avoir bu au moins six verres en une seule occasion au cours du mois écoulé (13). En 2014, 8% des 18-75 ans sont considérés comme des consommateurs à risque au sens du test de l'Audit-C (dépendants ou non) (13). Cette consommation à risque a diminué en 4 ans (9% en 2010) et concerne nettement plus les hommes que les femmes (11% vs 4%).

Tabac et cigarette électronique

Il est à noter que les résultats disponibles à ce jour pour le tabac et la cigarette électronique, via les baromètres santé, datent d'avant la mise en place du paquet de tabac neutre et de l'augmentation de remboursement des substituts nicotiques.

En France entre 2014 et 2016, la prévalence des fumeurs quotidiens de 18 à 75 ans s'établissait à près de 30% (13).

Entre 2010 et 2016, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté d'un peu plus de 35% à plus de 37% parmi les personnes aux revenus de la tranche la plus basse, alors qu'elle a diminué de plus de 23% à près de 21% parmi les personnes aux revenus de la tranche la plus haute (14).

Les écarts selon le niveau de diplôme suivent une tendance similaire, témoignant ainsi d'une augmentation des inégalités sociales en matière de tabagisme (14).

En France, en 2016, 24% des 18-75 ans ont déjà essayé la cigarette électronique (54% chez les fumeurs) dont 3% l'utilisent quotidiennement (13).

	Hommes	Femmes	Ensemble
Tabac			
Fumeur actuel	38,1	31,2	34,5
<i>Fumeur occasionnel</i>	6,0	5,7	5,8
<i>Fumeur quotidien</i>	32,1	25,5	28,7
Ex-fumeur	32,1	27,2	29,6
E-cigarette			
Vapoteur actuel	4,0	2,6	3,3
<i>Vapoteur occasionnel</i>	1,0	0,7	0,8
<i>Vapoteur quotidien</i>	3,0	1,9	2,5

Figure 2 : Prévalence du tabagisme et du vapotage selon la fréquence de consommation et le sexe (en pourcentages), France, 2016, Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France (14).

Médicaments psychotropes

En 2015, 13% de la population française a consommé au moins une fois des benzodiazépines dans l'année : 10% une benzodiazépine anxiolytique et 6% pour une benzodiazépine hypnotique (13). Quelque soit leur âge, les femmes représentent plus de la moitié des consommateurs de médicaments psychotropes (13).

Les usagers de drogues consomment fréquemment des médicaments psychotropes non opiacés (13). Il s'agit en premier lieu des benzodiazépines (ou apparentés), qui constituent le principe actif de la majorité des anxiolytiques et des somnifères (13). « *La précarité accrue des usagers ces dernières années peut les amener à privilégier ces substances financièrement plus accessibles. Ces dernières donnent d'autant lieu à un mésusage que l'usager est jeune, de sexe masculin, que son degré d'abus/addiction est élevé (polyusage important, injection), qu'il souffre de pathologie(s) psychiatrique(s) et qu'il est dans une situation de précarité sociale importante* » (13).

Cannabis

En France, en 2016, 42% des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie et 11% au moins une fois dans l'année (13).

Parmi les 18-34 ans ce sont les étudiants (28% en 2016) et les chômeurs (29% en 2016) qui déclarent le plus souvent un usage au moins une fois au cours de l'année (15).

Selon le Cannabis Abuse Screening Test (CAST), 21% des usagers de 18 à 64 ans présentent en 2014 un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance : ce qui représente 2% de l'ensemble des 18-64 ans (13).

Cocaïne

En 2014, près de 6% des 18-64 ans ont expérimenté la cocaïne (13). La consommation au cours de l'année concerne environ 1% de ces personnes (13).

Opiacés

En 2014, parmi les 18-64 ans, moins de 2% auraient expérimenté l'héroïne (13). La consommation au cours de l'année concernerait moins de 1% des personnes âgées de 18 à 64 ans (13).

Stimulants de type amphétamines

En 2014, plus de 4% des 18-64 ans ont expérimenté des stimulants de type amphétamines (MDMA/ecstasy) et la consommation dans l'année concerne près de 1% d'entre eux (13).

2. Dans la population soignante

A notre connaissance, différentes études américaines et canadiennes, rapportent un taux de prévalence des addictions chez les médecins équivalent ou supérieur à la population générale, de l'ordre de 10 à 15% (16) (17) (18) (6-8% pour l'alcool et 1-2% pour la dépendance à une drogue (19)). Cependant il existe une probable sous-déclaration des cas de conduites addictives (20). Déjà, dès 1985, Smith estime qu'un nombre non négligeable de médecins souffrent de problèmes de toxicomanie aux Etats-Unis (21).

Dans le milieu anesthésique français, une enquête nationale a retrouvé une prévalence globale de l'abus et de la dépendance à au moins une substance autre que le tabac de 11%. L'alcool était la substance la plus fréquemment incriminée. Cette même étude a rapporté une prévalence de 23% de fumeurs quotidiens dans le milieu anesthésique (dont 9% de dépendance), près de 7% d'abus ou de dépendance à l'alcool, une prévalence de consommation de tranquillisants et d'hypnotiques de 14% (5% d'abus et de dépendance) et de près de 3% pour le cannabis (moins de 1% d'abus ou de dépendance). La prévalence des

opiacés était de près de 1% (moins de 1% d'abus ou de dépendance) et celle des agents anesthésiques était inférieure à 1% (22).

Dans une autre étude française en milieu anesthésique, l'usage de substances psychoactives s'élevait à 11% (23). Huit pour cent d'individus déclaraient consommer plus de trois verres d'alcool quotidiennement en 2009. Des consommations excessives d'alcool et une probable alcoolodépendance étaient déclarées dans respectivement 21% et 11% des cas. Les autres consommations concernaient les somnifères (7%), les tranquillisants (3%), le cannabis (2%), la cocaïne (< 1%), les amphétamines (< 1%), la kétamine (< 1%) (23).

Enfin, les professionnels de santé seraient 7% à être et/ou avoir été dépendants ou à fort risque de dépendance à l'alcool et près de 9% aux psychotropes/anxiolytiques (24). Au final, 14% seraient et/ou auraient été concernés par des problèmes d'addiction (24).

3. Dans la population étudiante

Au sein de la population étudiante, il existe des consommations de substances psychoactives marquées entre autres par le *binge-drinking* ou API, une probable consommation de substances à visée anxiolytique et une forte attitude de déni (25). Le cannabis est plus consommé en vue d'une illusion de gestion du stress et ces consommateurs multiplient l'usage de substances (augmentation de la consommation d'alcool, de tabac, d'Ecstasy, MDMA, somnifère, poppers et cocaïne) (26). Les fumeurs de tabac quotidiens sont quant à eux plus précaires financièrement et consomment plus de somnifères, de cannabis et de café (26). L'hygiène de vie de l'ensemble des consommateurs de substances est dégradée sur un ou plusieurs points et nous pouvons observer que la consommation d'une substance peut engendrer une polyconsommation (26).

Dans la population étudiante, il est rapporté en moyenne un taux de consommation excessif d'alcool de 21% (au moins cinq ou six verres une fois par mois) (26). Cette consommation diffère de celle de la population adulte de par la différence des Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API)³. En effet, celles-ci sont déclarées au moins une fois par mois par 53% des jeunes de 17 à 25 ans contre 36% une fois par an chez les adultes. La part des « buveurs à risques chroniques » chez les 18-25 ans s'établit à 14% (27).

³ Fait de boire au moins six verres en une seule occasion.

Le tabac est le produit le plus consommé, quelle que soit la classe d'âge, mais particulièrement avant 45 ans (27). Les fumeurs de tabac occasionnels représentent 12% de la population étudiante et les fumeurs quotidiens 14% (26).

La cigarette électronique est consommée quotidiennement par un peu plus de 1% des 15-24 ans (14).

Concernant le cannabis, les fumeurs quotidiens, les consommateurs réguliers (consommation deux à quatre fois par mois) et les consommateurs occasionnels (consommation une fois par mois ou moins) représentent respectivement 3%, 4% et 13% de la population étudiante (26).

La consommation des produits psychoactifs au cours des douze derniers mois varie entre 2% et près de 5% mais reste minoritaire (cocaïne environ 2%, hallucinogènes environ 2%, MDMA/ecstasy près de 3% et poppers près de 5%). Les expérimentateurs sont 17% (26).

La polyconsommation au sein du milieu étudiant semble être retrouvée dans plusieurs études (26) (28).

Les taux d'API rapportées chez les étudiants en médecine de 18 à 24 ans sont de 50% pour une fréquence inférieure à une fois par mois, de 17 % pour une fréquence d'une fois par mois et de 6% pour une fréquence d'une fois par semaine. Dans la population âgée de 18 à 24 ans étudiant en médecine, il est retrouvé une consommation d'alcool non problématique de 66%, une consommation excessive d'alcool de 30%, une dépendance à l'alcool de 5% et un taux de consommateurs à risque de 32% (29).

Seize pour cent des étudiants en médecine déclarent fumer régulièrement de tabac. Treize pour cent présentent une dépendance à la nicotine et 7% une dépendance forte (29).

Quinze pour cent des étudiants en médecine de 18 à 24 ans rapportent fumer du cannabis dont 52% ont une consommation abusive et 8% sont à risque (29).

Dès 1992, Farley signale que les internes d'anesthésie sont une population particulièrement vulnérable au développement de conduites addictives (30).

C. Facteurs influençant la consommation de substances addictives

1. Dans la population générale

La MILDECA définit les facteurs de risque « *comme étant des caractéristiques individuelles et environnementales qui augmentent la probabilité de troubles associés à l'usage de substances* » (31). Voici les principaux cités :

- Les facteurs individuels : toutes les personnes ne sont pas égales face à l'addiction. Il existe des prédispositions génétiques qui peuvent augmenter la vulnérabilité des personnes à la dépendance. De plus les expériences de vie et notamment le stress précoce ou chronique semble être un facteur de risque au moins aussi puissant que la vulnérabilité génétique (31),
- Les premiers effets ressentis lors de l'expérimentation : une première expérience positive de consommation peut influencer l'évolution de la consommation et aboutir à terme à l'installation d'une dépendance (31),
- La précocité des consommations : une consommation lors de la maturation du cerveau (à savoir pendant l'adolescence) multiplie le risque de développer une addiction à l'âge adulte (31),
- Les produits consommés : certains produits ont clairement un pouvoir addictogène supérieur à d'autres, et notamment les morphinomimétiques : héroïne ou morphinomimétiques disponibles en anesthésie (20) (31) (32),
- La disponibilité des produits : à pouvoir addictif égal, des produits peu disponibles toucheront moins de consommateurs et rendront donc moins de personnes dépendantes. Pour les produits licites, la restriction de disponibilité passe par le prix : une augmentation du prix entraîne une baisse de disponibilité pour les consommateurs (31),

- La valorisation des produits : la valorisation de produits licites par le marketing permet de valoriser l'image de ces produits notamment aux yeux des plus jeunes. Ainsi valorisés, ces produits se retrouvent associés à des situations de vie et sont donc plus à risque d'être le fruit de conduites addictives (31),
- Les modalités de consommation : plus la dose est importante, plus le risque est important (31),
- Un niveau socio-économique faible : celui-ci favorise l'abus et la consommation excessive de substances addictives (31),
- La polyconsommation, l'absence d'activité, l'âge, le sexe et le niveau d'éducation sont aussi des facteurs influençant la consommation de substances (31).

Dans le milieu de l'anesthésie, nous sommes donc confrontés à plusieurs de ces facteurs de risque, notamment :

- Le stress chronique,
- L'accessibilité à des morphiniques ayant un fort pouvoir addictogène.

En opposition à la définition des facteurs de risque, les facteurs de protections peuvent quant à eux être décrits comme étant des caractéristiques individuelles et environnementales qui diminuent la probabilité de troubles associés à l'usage de substances (31). Nous avons relevé les suivants :

- La connaissance : la connaissance des produits et des risques liés à leur consommation limite le risque de troubles liés à l'usage de substance (31),
- Les compétences psycho-sociales : développer son esprit critique et adopter des comportements de prévention et de réduction des risques sont des facteurs de protection (31),
- Les relations avec les proches : un climat familial favorable (écoute, entente, connaissance par les parents de leur progéniture) diminue le risque de développement

d'une addiction. Le fait d'avoir un groupe de pairs ou d'amis ne consommant pas de produits psychoactifs diminue les niveaux de consommation de produits (31),

- L'insertion sociale ou professionnelle : une meilleure insertion/l'arrivée d'enfants permet de diminuer ou d'arrêter la consommation de substances (31).

En anesthésie nous sommes confrontés à des facteurs de protection :

- La connaissance des produits,
- Un esprit critique normalement développé,
- Une insertion professionnelle.

2. Dans la population soignante et liés à la pratique professionnelle en milieu anesthésique

Au travers d'une publication au sein de l'ouvrage « Se doper pour travailler » (2017), Marie-France Maranda nous informe que la consommation de substances psychoactives a considérablement augmenté en parallèle avec les problèmes de santé mentale au travail (33). La vision sociétale du rapport entre les substances psychoactives, notamment l'alcool, et le travail n'a cessé d'évoluer au cours du temps. Etiologiquement considéré et associé à la débauche et à l'oubli des principes moraux et religieux, l'alcoolisme s'est aussi vu rattaché à l'hérédité (première moitié du XIX^{ème} siècle) ; puis à la fin du XX^{ème} siècle au nombre de cabarets et cafés existants. Enfin, à cette même période, apparaît l'idée des « professions exposées » et avec elle, la mise en cause des mœurs et d'attitudes collectives de défense contre la souffrance liée à l'organisation du travail (33). Ainsi, la peur de l'atteinte corporelle dans le BTP, les risques liés à la navigation chez les marins-pêcheurs ou encore la violence des situations dans l'armée peuvent, au moins en partie, participer à l'étiologie de l'alcoolisme dans ces professions (33).

L'objectif de cette partie est de décrire les relations qui existent entre les incidences de l'organisation au travail et le recours aux substances psychoactives en établissant des liens plus particuliers avec le monde hospitalier et le milieu anesthésique. Malheureusement, « *Le plus souvent, les phénomènes d'addiction sont considérés comme des problèmes personnels sans lien avec les contextes dans lesquels ils se déploient* » (33) et « *la représentation d'un « travail-problème » s'avère [ainsi] pertinente pour prendre en compte les pressions de*

nature psychique sur la montée du stress chronique et la tentation de recourir aux substances psychoactives pour l'atténuer » (33).

« Depuis les années 1990, des réorganisations majeures d'entreprises, des mesures de rationalisation et l'insécurité de l'emploi ont eu une influence considérable sur le moral des salariés » (33). Ce phénomène peut être transposé au milieu hospitalier qui a lui aussi vu, depuis les années 1990, l'instauration de politiques visant à rationaliser les soins afin de maîtriser les dépenses de santé tout en assurant une qualité des soins élevée (T2A en 2004 et loi HPST en 2009) (34). *« Mais pour l'hôpital public c'est une véritable révolution, la culture de la performance, la productivité, cela n'existe pas chez nous » (35).* Ces politiques, issues en partie de la théorie dite du *New Public Management (NPM)* [ou Nouvelle Gestion Publique (NGP), nda], prônent le fait que les services publics se doivent d'être administrés comme le sont les entreprises privées grâce à l'application *« des méthodes de production et de management du privé [...] avec comme promesse de faire mieux, avec plus de sécurité et à moindre coût » (36).* Cependant, cette politique de Nouvelle Gestion Publique, en droite ligne de l'organisation productiviste du travail, place l'idéologie d'adaptation en son centre. De fait, en parallèle à des situations où *« la surcharge psychique s'accroît (lourdeur de la tâche, complexité, pressions du temps, manque de respect, violence, précarité,...) », « des appels au sens de la mission, à l'optimisme, à la pensée positive, à l'autonomie, à la débrouillardise et à la résilience sont lancés ».* En plus donc d'attribuer la source des problèmes organisationnels aux seules attitudes des individus (impliquant ainsi des obligations morales), cette politique entraîne une double contrainte et des contradictions responsables de l'augmentation des problèmes de santé mentale au travail. Ainsi, les travailleurs peuvent être amenés à établir des stratégies défensives de repli et de retrait entraînant une perte du *« ciment de l'équipe » (35)* majorant une pénibilité morale (37) et/ou la consommation de substance(s) psychoactive(s) (SPA) pour se doper, augmenter les performances (amphétamines, drogues de synthèse, cocaïne, antidépresseurs, boissons énergisantes,...), se relaxer (anxiolytiques,...) ou contrebalancer les effets du stress chronique (hypnotiques, cannabis,...) (33). Ce fait se vérifie au sein du système de santé puisque d'après Eric Galam, *« Le système de santé étant lui-même déficient, il repose sur les épaules d'un sous-effectif médical qui croule sous le poids des exigences » (38).* Ainsi, *« Les entreprises se délestent de leurs responsabilités liées aux méfaits causés par l'organisation du travail [...], tandis qu'elles poursuivent une gestion productiviste du travail qui rend le milieu addictif dans une séquence où l'hypertravail, le stress et le recours à divers produits*

psychotropes deviennent tentant (Wilson-Schaef et Fassel, 1990) » (33) et où les médecins sont laissés « seuls face à des situations de travail à risque et leur seule conscience professionnelle » (38), « La nécessité croissante de maîtriser les coûts [...] a conduit l'administration à imposer aux équipes soignantes des règles de gestion de plus en plus contraignantes » (39).

« L'institution apparaît finalement comme une mère de plus en plus « avare », voire « mauvaise » qui ne reconnaît pas la valeur des services rendus et des sacrifices consentis » (39).

Dans le milieu hospitalier, cette double contrainte ne peut être considérée comme seule responsable des problèmes de consommations de SPA. En effet, d'après J. Dumesnil, la NGP a trouvé « de favorables résonances conceptuelles au sein de la profession médicale elle-même » (40). Grâce à l'essor de l'EBM depuis les années 1980, les « bonnes pratiques » issues de cette EBM ont par la suite été « résumées en « indicateurs qualité » et détournées par les administratifs qui les ont transformées en règle applicable à tous les patients » (41), niant ainsi les compétences acquises au cours de la formation médicale (« Les médecins sont coincés dans un contexte de surcharge, de risques d'erreurs, d'isolement voire d'abandon » (38)). Cette négation des compétences et la mise en place d'une démarche qualité telle que pratiquée aujourd'hui ont abouti in fine à une recherche de la performance (41) tout en alourdissant, rigidifiant et intensifiant le travail des médecins en fonction de ces exigences administratives (38). De plus, l'enquête « Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail » (SESMAT) nous rappelle d'une part que « le risque [de burnout, nda] pour la santé psychique apparaît en cas de forte demande associée à une faible autonomie ou influence au travail » (42) et d'autre part que le burnout et les conduites addictives peuvent être intimement liés. A notre connaissance, découlent ainsi de ces deux grands axes de gestion, outre les contraintes budgétaires et la course à la performance et aux résultats, d'autres facteurs de stress pour le milieu soignant :

- L'accès à la connaissance aussi bien d'un point de vue juridique (loi du 04 Mars 2002) que d'un point de vue médiatique (TV, internet, publications, livres, articles,...) obligeant ainsi le professionnel de santé à gérer les informations délivrées non seulement aux patients mais aussi aux soignants et collègues eux-mêmes (38),

- Le développement d'un consumérisme des services publics reposant sur la mise en place d'outils de mesure de la satisfaction et des besoins des « usagers-clients » directement issus du milieu de l'entreprise privée (43),
- Les agressions et incivilités contre les médecins avec, en 2003, la création d'un observatoire de l'insécurité (38),
- Les exigences culturelles alliant « le principe de précaution et l'inadmissibilité de perte de chance et ses dérives judiciaires potentielles » (38),
- La présence de déserts médicaux « qui obligent les médecins à assumer au-delà de leurs possibilités » (38),
- La mise en place d'un dispositif d'amplitude horaire controversé que sont les 12 heures de travail continu. Mis en place car pouvant permettre des économies à l'hôpital public en gommant les temps de transmissions entre équipes paramédicales, le système des 12 heures se révèle en réalité être une journée en moyenne de 12h30 pour les équipes prenant les transmissions. Associé à l'enchaînement de nombreux jours en 12 heures, aux rappels sur les jours de repos et au risque d'erreur accru en fin de poste (44), les soignants finissent par saisir les 12 heures comme « *un moyen (...) de fuir un travail qui s'est intensifié depuis que les politiques de restriction des dépenses et de maximisation de la productivité se sont imposées ces dernières années à l'hôpital* » (45),
- Des conflits entre la vie professionnelle et la vie privée surviennent principalement chez les soignants français (37), notamment « *au moment où les cloisons entre le travail et la vie hors travail deviennent de moins en moins étanches* » (33), à l'heure où l'explosion des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) rend les personnes « *disponibles en permanence* » (3),
- Les temps d'échange dédiés sont considérés comme un facteur de protection en ce qui concerne la santé mentale (46). Leur absence peut être par exemple mise en relation avec l'instauration du travail en 12 heures (« *Pensons aux horaires rotatifs et aux horaires brisés qui rendent à peu près impossible la formation de collectifs qui se rassemblent après le travail* » (33)). Il existe une corrélation entre consommation de médicaments psychotropes et diminution des temps d'échange dédiés (37),
- L'annonce récente de la réforme de la fonction publique ajoute aussi son lot de pressions pour les travailleurs. Dans un contexte de travail pour le moins difficile à la vue des éléments précédemment présentés, le gel du point d'indice (47), la remise en place du

jour de carence (48) et la part de plus en plus importante de contractuels au sein de la fonction publique hospitalière (49) peuvent aussi être sources de souffrances au travail.

Les conséquences de ces politiques se sont donc répercutées sur les travailleurs dont les pratiques individuelles de consommation peuvent par exemple s'inscrire dans une « *recherche de performance au sein de milieux de travail de plus en plus exigeants* » (33) et qui, pour faire face à une réelle souffrance au travail, peuvent être amené à surconsommer des SPA en guise de mécanisme de défense (33). 14% des professionnels de santé sont et/ou ont été concernés par des problèmes d'addiction dans une enquête réalisée en ligne en 2015 (24). « *Quand les possibilités de transformation du travail pour le rendre soutenable se réduisent, alors c'est la transformation de soi qui apparaît comme le recours alternatif : renforcer ce soi ou l'anesthésier pour « prendre sur soi » et ne compter que sur ses ressources propres. Et les produits, dans leur diversité, servent à cette transformation de soi* » (33).

L'ensemble de ces souffrances reste cependant gardé « secret » car la culture hospitalière n'autorise pas à afficher ou parler de ses points faibles : « *le milieu médical se préoccupe peu de la santé mentale des médecins* » (50). D'autant plus lorsqu'il s'agit de l'addiction où une véritable « conspiration du silence » se crée. « *Tout le monde souffre [...] y compris ceux des professionnels qui se font un point d'honneur d'afficher une impassibilité supposée* » (39).

Des solutions à ces problèmes de santé mentale au travail ont été tentées aux Etats-Unis depuis les années 1990. Ainsi des sections dédiées aux problèmes psychologiques ont été aménagées dans les Programmes d'Aides aux Employés (PAE) ; mais basées essentiellement sur la vision de l'addiction comme un problème personnel, elles laissent hors de l'analyse une organisation du travail potentiellement délétère et stigmatisent les individus atteints de troubles addictifs (33). En outre, nous ne reviendrons pas sur l'objectif pragmatique d'économies des entreprises finançant ces programmes souhaitant réduire les temps d'absence ou d'accident (33). La Figure 3 ci-dessous nous rappelle les effets du stress chronique sur le soignant.

Intensification/Stress chronique / Performance

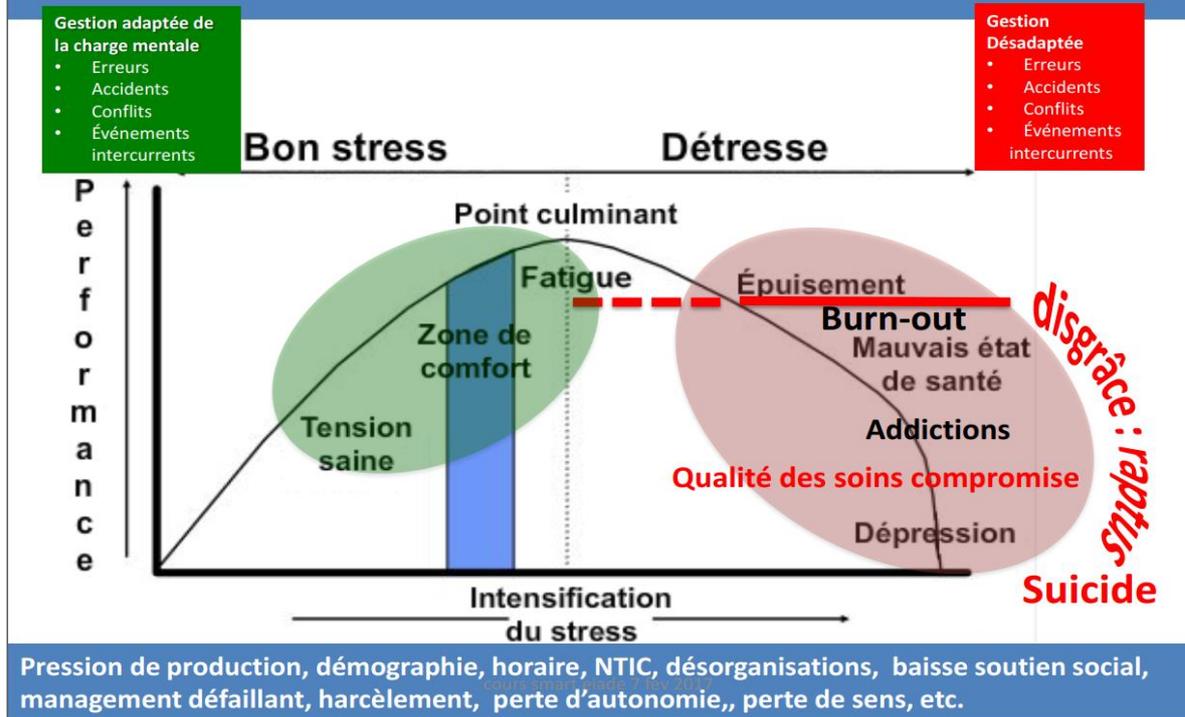


Figure 3 : Relation entre les effets physiologiques du stress et la performance demandée à l'individu, France, 2015, Doppia M-A, Bien être pour bien soigner - Actes de la conférence partie 1. Conférence Hôpital 2000 ; Faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux (51). Adapté du modèle du Dr Peter Nixon : *The human function curve* (Nixon, P : Practitioner, 1979).

Après avoir étudié les facteurs de risque et de protection présents au sein de la population soignante, il nous a semblé pertinent de présenter les facteurs liés à la pratique professionnelle dans le milieu de l'anesthésie. Il s'agit d'un milieu très particulier de par l'utilisation de produits ayant une marge thérapeutique étroite et un très fort pouvoir addictogène (20) (32) (16). Cette étroite marge thérapeutique signifie en réalité que les produits d'anesthésie utilisés à tort ou d'une mauvaise manière peuvent être potentiellement mortels pour le patient ou le médecin les utilisant lors de ses pratiques addictives. JC Lléu questionne ainsi l'exercice anesthésique de la manière suivante : « *Quelle est la signification de ce pouvoir d'endormir, de réveiller et de réanimer ?* » (52). Les motivations liées à cet exercice professionnel relèveraient en partie de la volonté de maîtrise de la vie du patient par le praticien mais aussi de sa propre vie (52). Le sentiment intense d'exister lié à la proximité de la mort dans l'exercice professionnel peut aussi être rapproché « *éventuellement des*

conduites à risques, courantes chez certains adolescents ou jeunes adultes » (52). Cet auteur écrit de plus que « *L'exaltation de représenter cette dernière chance [la prise en charge des patients dans un contexte de recours ultime, nda] peut conduire au leurre de se croire omniscient. [...] L'intensité du stress, la fatigue peuvent faire écran à la réalité de cette charge [émotionnelle, nda] à titre individuel, et peuvent nous empêcher de ressentir, d'analyser et de traiter en temps utile nos émotions propres* » (52). Cependant, l'absence de prise en charge de l'analyse émotionnelle et de la communication dans la formation et l'exercice des anesthésistes-réanimateurs peut amener à des pathologies mentales telles que l'épuisement émotionnel, la dépression, l'addiction et le suicide, mal recensées dans ce milieu (52).

Les données des programmes de suivi des médecins ayant des problèmes de dépendance indiquent que les anesthésistes sont surreprésentés (19) (53). Plusieurs études font en effet ressortir le fait que les populations les plus à risque de conduites addictives sont les anesthésistes, les urgentistes et les psychiatres (17) (19) (53) (54) et qu'il existe un risque de mortalité significativement plus élevé chez les anesthésistes en rapport avec l'utilisation d'agents anesthésiques puissants ayant une marge thérapeutique étroite et provoquant une forte dépendance (16). Le personnel d'anesthésie comporte en outre un risque plus élevé d'abus de médicaments que d'alcool et ce, notamment par voie intraveineuse (16). Les produits consommés comprennent non seulement l'alcool (substance d'abus des anesthésistes plus âgés) mais aussi les benzodiazépines, les opiacés, le propofol, la kétamine et les agents volatils (16). Néanmoins, selon d'autres études, il n'existe pas de différence de prévalence des addictions entre les différentes spécialités médicales (18) (55).

Plusieurs facteurs de risque de développement d'une addiction ont été mis en lumière à ce jour dans le milieu médical. Selon Moore, l'abus de substances est une réaction face au stress (19). L'auteur Jex suggère que les réactions individuelles à l'environnement de travail, dues au vécu et à la personnalité de chacun, influent plus sur le mécanisme addictif que les conditions stressantes de travail. Mc Auliffe énumère quant à lui la facilité d'accès aux drogues, une histoire familiale de dépendance aux substances (18) (19), des problèmes émotionnels, du stress à la maison ou au travail, une automédication contre la douleur et les problèmes émotionnels, une recherche de sensations et la fatigue chronique (19). Talbot a recensé les facteurs étiologiques suivants : prédisposition génétique, faible capacité d'adaptation, manque d'éducation concernant les conduites addictives, absence de stratégies

de prévention efficaces, disponibilité des drogues dans le contexte d'un environnement permissif et déni (19). Les autres facteurs de risque d'addiction retrouvés chez les anesthésistes sont :

- La proximité d'une large quantité de drogues ayant un très fort pouvoir addictogène (20),
- La facilité de détourner de petites quantités de produit pour son usage personnel (17) (19) (20) (55),
- Le déni de la personne addictive et des collègues/amis/membres de la famille (19),
- Un environnement de travail hautement stressant (17) (19) (20) (55),
- Une sensibilisation du système de récompense via une exposition aux substances sur le lieu de travail (20) (54) (56).

Ce dernier point est issu d'une publication américaine de 2004 (56) qui apporte de nouveaux éléments quant aux facteurs de risques de développement de conduites addictives chez les médecins anesthésistes. Cette hypothèse (à priori non validée (20)) met en avant le fait que ces professionnels de l'anesthésie peuvent subir une sensibilisation du système de récompense via une exposition aux drogues administrées aux patients, elles même présentes en très infimes quantités dans l'air de la salle d'opération (avec des concentrations mesurées en picogrammes/ml d'air). Cette « micro-sensibilisation » jouerait un rôle de remodelage du système de récompense qui augmenterait ainsi inconsciemment le risque d'addiction à ces substances. Cette sensibilisation se trouverait de plus amplifiée par le stress auquel sont confrontés sans cesse les professionnels de l'anesthésie. Enfin, des cas de sensibilisations croisées ont été rapportés chez l'animal, de sorte que le stress extrême et les médicaments peuvent interagir (56). Dans une étude canadienne parue en 2016 (16), les facteurs de risque de la survenue d'un trouble de la consommation de substance sont le sexe masculin, la présence d'une pathologie psychiatrique (16) (18), des antécédents familiaux et/ou personnels de toxicomanie (16). Enfin, nous avons aussi retrouvé dans la littérature les facteurs de risque suivants : le fait d'être un homme (multiplication du risque par quatre) et la familiarité avec les médicaments utilisés (19). D'après nos lectures, le stress, la disponibilité et la facilité d'accès aux produits sur le lieu de travail nous paraissent être des facteurs de risque prépondérants notamment dans notre population cible que sont les étudiants infirmiers anesthésistes. D'autres facteurs de risque tout aussi importants n'ont pu

être étudiés via notre outil de recueil de données ; à savoir : la présence d'une pathologie psychiatrique et les antécédents familiaux d'addiction.

En France, la première enquête nationale publiée en 2005 portant sur la prévalence et les facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique a permis de retrouver un taux d'addiction à une substance au moins chez les anesthésistes de l'ordre de 11% (22) ; taux semblable aux enquêtes anglo-saxonnes précédemment citées. La principale substance incriminée ici est l'alcool et les principaux facteurs de risque cités sont l'accessibilité des produits, la polyconsommation et le stress au travail (sans savoir si celui-ci est la cause ou la conséquence des pratiques addictives). Cette étude a de plus l'avantage de présenter les facteurs de risque d'abus ou de dépendance aux différentes substances dans des tableaux présentés en [annexe B](#). Une enquête, mise en place par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) en 2009, souligne aussi le lien qu'il existe entre Syndrome d'Épuisement Professionnel (SdEP) et consommation élevée de substances (32) (23). Ainsi, soulignons ici la relation particulière qu'entretient l'addiction avec le SdEP ou *Burn Out Syndrome (BOS)*. Le SdEP évolue en suivant quatre phases et se termine notamment par une « *phase qui peut être contemporaine du développement des comportements d'addiction pour faire face aux contraintes professionnelles* » (18) (57).

Enfin, le développement de l'*Evidence Based Medicine (EBM)* aussi appelée médecine fondée sur les preuves (sur lequel nous reviendrons dans la partie suivante), intimement lié au milieu de l'anesthésie (58), édicte des normes du « bon soin » pouvant nier les compétences du soignant acquises par l'expérience et une longue formation. Ceci peut aboutir à une perte d'influence sur le travail par le professionnel de santé et devenir générateur de stress car « *le fait que les agents n'aient aucune influence sur les rythmes ou les processus de travail peut être générateur de stress. Leur donner plus de marges de manœuvre dans ce domaine peut faire une grande différence* » (3).

Les retentissements de l'addiction, qu'elle soit ou non en relation avec un SdEP, sur la santé de la personne et sur la pratique professionnelle en anesthésie posent ici des problèmes spécifiques qui ne permettent pas de garantir la sécurité des soins et la vigilance du personnel soignant ; conditions intangibles de l'exercice anesthésique (57), tout en augmentant significativement le risque de suicide des médecins addicts (32) (18) (53). « *Certains ont même suggéré que la dépendance constitue un risque du métier pour les professionnels de la santé en anesthésiologie* » (16). Il est bon de souligner que la réinsertion des

professionnels de l'anesthésie atteints d'addiction, via des programmes spécifiques (telle que la mission FIDES pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)), dans leur milieu de travail initial ne concerne hélas que 50% des sujets traités et seulement 30% des sujets pris en charge pour une addiction aux opiacés (32). Chez les étudiants en médecine, le taux d'échec est encore plus élevé puisque deux internes sur trois rechuteront après leur réinsertion en anesthésie et dans un quart des cas cette rechute aboutit au décès par suicide (32). Ceci nous amènera à nous interroger sur les facteurs de risques et de protection liés au statut d'étudiant et plus particulièrement au statut d'étudiant dans le domaine de la santé.

3. Dans la population étudiante

Etudiants en médecine

L'enquête nationale sur la santé mentale des jeunes et futurs médecins rapporte ainsi un taux de 66% d'anxiété (26% dans la population générale), de 28% de dépression (10% dans la population générale) et de près de 24% d'idées suicidaires (46) (59), preuve que les étudiants en santé ne sont pas épargnés par les risques psychosociaux malgré des connaissances permettant de se prémunir d'une dégradation de leur santé. En cause, des horaires rallongés malgré un plafonnement théorique, de lourdes responsabilités face aux patients, l'absence de soutien des pairs ou de la hiérarchie et une culture « *où ceux qui souffrent se taisent* » (59), également présente au sein des soignants (cf. partie I.3.D). Ce mal-être croissant peut lui aussi se traduire par la consommation de substances psychoactives. Wright signale quant à lui un abus de cannabis et de cocaïne chez les étudiants en médecine (19). Tout comme chez les médecins, il est relevé un lien entre prévalence élevée de burnout et consommation de toxiques/ébriétés fréquentes entre autres (60). D'après certains auteurs, la vie universitaire décrite comme « *stressante* » (28) serait un facteur de développement de pratiques addictives et de polyconsommation. En décembre 2012, l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) a opéré une enquête qui a mis en avant « *un certain mal-être des étudiants en médecine actuellement. Même si pour la majorité d'entre eux, les études de médecine et le métier de médecin restent satisfaisants, ils ne changeraient pas de voie pour autant. Cependant, les conditions d'études actuellement, et notamment dans le cadre des stages hospitaliers, sont une grande source de stress* » (61).

Internes d'anesthésie et de réanimation

La prévalence des addictions chez les étudiants en médecine et notamment les internes d'anesthésie est un phénomène étudié depuis une longue période. Dès 1992, William J. Farley parle d'une population « *particulièrement vulnérable à cette affliction* [la dépendance aux substances, nda] » (30). Dans la littérature, il est rapporté un taux d'abus de drogues d'environ 2% dans les programmes d'anesthésiologie (19) (30), des facteurs de risques similaires à ceux décrits dans la partie précédente mais aussi « *le goût d'expérimenter* », « *une sensation d'invincibilité (particulièrement prévalente chez les médecins)* » et un « *bas niveau d'estime de soi* » (30), tout ceci entraînant un taux de mortalité élevé (19). Dans une étude canadienne, le nombre de résidents en anesthésie identifiés comme souffrant d'un trouble de la consommation de substances est actuellement en croissance (16) et tout comme les médecins anesthésistes et urgentistes, « *les résidents en médecine d'urgence avaient également un taux élevé de consommation de drogues et étaient plus susceptibles d'utiliser de la cocaïne que d'autres médecins. Des études antérieures ont impliqué des résidents en anesthésiologie* » (19).

Etudiants en soins infirmiers

La Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers (FNESI) nous rappelle, dans son enquête de Septembre 2017, que les Etudiants en Soins Infirmiers (ESI) comptent près de 40% de consommateurs de tabac dont plus des deux tiers ont augmenté leur consommation depuis leur entrée en formation. Par ailleurs, il est rapporté près de 22% de consommation de substances illicites avec une grande préférence pour le cannabis. D'autre part, cette même étude aborde le stress des ESI. En moyenne, près de 80% des ESI se déclarent tout le temps ou souvent stressés (en augmentation depuis la précédente enquête de 2011) avec une prévalence augmentant au cours des 3 années de formation (62). En cause : la détérioration des conditions de travail dans le milieu médical (32), le harcèlement des soignants, la déshumanisation des rapports sociaux, un sentiment d'exploitation associé ou non à une précarité financière (63). Ces souffrances ont d'ailleurs récemment fait l'objet d'un livre rédigé par le Dr Auslender : « *Omerta à l'hôpital* » (64). Afin de lutter contre ce mal-être, certains ESI consultent un(e) professionnel(le) de la santé mentale (14%) ou consomment des médicaments psychotropes tels que des anxiolytiques (20,5% contre 11% en 2011) (62).

La spécificité des étudiants infirmiers anesthésistes

Situés à la frontière entre les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et les internes en anesthésie, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude sur les risques psychosociaux chez les EIA. Il s'agit pourtant là d'une population très particulière. Après une période d'exercice infirmier d'une durée minimale de deux années, elle doit obtenir un concours permettant de valider l'entrée dans la formation d'IADE réputée exigeante. De plus, au vu du coût de ces études, un financement s'avère bien souvent être un facteur de stress. Cette population possède des caractéristiques communes avec les intervenants exerçant en anesthésie tels que les internes ou les Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR) à savoir des mises en situation professionnelles au travers de stages principalement effectués en milieu anesthésique et un statut d'étudiant universitaire. Nous avons vu précédemment quels étaient les facteurs de risques de développement de conduites addictives propres à ce milieu et ceci peut nous laisser à penser que les EIA sont aussi sujet aux addictions, car confrontés aux contraintes qu'implique l'exercice professionnel dans ce milieu particulier. La formation d'EIA est une formation en alternance comportant des périodes de cours avec des examens écrits et des stages. E. Quenson nous indique « *que l'apprentissage [ici utilisé au sens de formation en alternance, nda] est devenu un moyen de recruter des jeunes dont le comportement est conforme au modèle attendu par les entreprises ; celui de salariés partageant leurs valeurs et leurs normes* » (65). Lors de la formation d'EIA, ces derniers sont confrontés au jugement de leurs pairs qui seront pour certains de futurs collègues. En découle une certaine pression issue de l'évaluation par des « encadrants-collègues » puisqu'une certaine attitude et certaines normes sont attendues de la part des EIA en stage. Il est attendu une certaine compétence dans le domaine de l'anesthésie et l'étudiant doit en effet savoir mettre en valeur les connaissances acquises aux yeux de ses pairs tout comme les internes d'anesthésie. Le rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé du Dr Donata Marra nous informe d'ailleurs que « *les formations apparemment mieux protégées associent plusieurs des éléments suivants [compatibles avec la formation d'IADE, nda] :*

- *Peu de contacts avec le milieu hospitalier et les stages émotionnellement difficiles,*
- *[...] un nombre limité d'étudiants dans les promotions et avec un encadrement bienveillant,*
- *Un programme académique qui n'est pas surchargé [subjectif, varie en fonction des individus mais peut être retrouvé dans les études d'IADE, nda],*
- *De nombreux enseignements pratiques en petits groupes (TD et TP),*

- *Une mise en situation professionnalisante rapide* [utilisé ici au sens de confrontation rapide au milieu professionnel, nda],
- *Une forte motivation préalable à l'entrée dans le cursus* [l'obtention du concours d'entrée est obligatoire et la recherche de financement quasi-systématique, nda].

Le cursus médical est le plus concerné, notamment le 3ème cycle » (66).

D'après Valérie Auslender, auteure du livre « Omerta à l'hôpital » : « *Ce qui est assez spécifique de l'hôpital, c'est que ce sont des études qui sont basées sur le compagnonnage. L'étudiant est donc parfois victime de la personne qui le forme et c'est ce qui le rend finalement otage de ce système. [...] Christophe Dejours le dit très bien : ce sont vraiment dans les services où les conditions de travail des soignants sont le plus dégradées que l'on retrouve souvent ces faits de maltraitance* » (67). Ces pressions ressenties sont d'autant plus importantes que le milieu du bloc opératoire et de l'anesthésie est un microcosme (68).

Mais les EIA possèdent aussi leurs propres spécificités. Contrairement à une formation initiale, l'engagement à l'âge adulte dans une formation à l'université, lieu privilégié de la jeunesse, peut devenir synonyme de mise en gage de soi (69). Les adultes en reprise d'études peuvent occuper différentes places aux yeux des autres d'après Aline Chamahian. Tout d'abord un rôle de « *guide* » leur permet de valoriser « *l'expérience dont ils sont porteurs et leur permet d'être aux prises avec la vie juvénile dont ils sont parfois éloignés* » (69). Les adultes dans cette démarche ont une double position : à la fois en tant que personnes ressources en raison de leur âge et en tant que récepteur de connaissances de par leur statut étudiant ce qui amène à créer des liens d'entraide et de coopération avec les étudiants plus jeunes. Cette double position à l'université peut également se retrouver dans la sphère familiale. Le contexte familial peut influencer sur la reprise de formation en favorisant voire en renforçant le maintien de l'adulte en formation ou au contraire en le rendant très difficile. La reprise de formation peut être valorisée par les descendants (notamment si les études sont une activité commune) et/ou ascendants ou être incomprise par l'entourage familial (du fait de la remise en question des représentations normatives liée à l'âge et à la position dans le cycle de vie). « *Si notre société permet de plus en plus la construction de parcours réversibles, il n'en reste pas moins que ces démarches mettent à l'épreuve les individus qui s'y engagent* » (69). Pour les EIA, cette mise à l'épreuve peut de plus être marquée par les horaires liés aux cours et aux stages en milieu hospitalier, par l'éloignement plus ou moins important du centre de formation et des lieux de stages (obligeant parfois les EIA à habiter

aux alentours du centre de formation et à s'éloigner durant la semaine entière de leur famille) et par le temps consacré aux révisions et à la réalisation des travaux demandés. Enfin, le financement des études peut lui aussi être source de stress. D'une part, que l'employeur soit financeur ou que le futur EIA s'autofinance, il existe une tacite obligation de résultats et de fait une certaine pression induite par les études. D'autre part, dans les deux cas de financement cités précédemment, le niveau de vie d'un point de vue financier peut être réduit (salaire réduit pour l'un, crédit pour l'autre) et peut amener à une précarité financière décrite comme un facteur de risque de développement de conduites addictives.

L'ensemble des éléments liés à l'anesthésie, à notre population particulière des EIA et aux conditions de travail nous permettent de dégager une problématique. Les EIA étant au carrefour de l'ensemble des facteurs de risques sus-cités et au vu de l'actualité et des politiques gouvernementales, il nous est apparu intéressant d'établir la prévalence des pratiques addictives chez les EIA en dégageant la question de recherche suivante :

<p>Quel est l'état des lieux des consommations de substances addictives chez les étudiants infirmiers anesthésistes français et leur niveau d'addiction ?</p>
--

II. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude nationale quantitative, multicentrique et prospective utilisant des questionnaires anonymes.

A. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'établir un état des lieux des consommations de substances addictives au sein de la population des étudiants infirmiers anesthésistes français.

Les objectifs secondaires étaient de calculer le niveau d'addiction concernant chaque substance investiguée, d'identifier des facteurs de risques de consommations de substances liés aux études d'IADE et/ou aux caractéristiques sociodémographiques de la population investiguée et d'évaluer le recours à un professionnel de santé et la connaissance d'une attitude adéquate par les EIA en cas de découverte de conduite(s) addictive(s) chez un collègue.

B. Population cible

La population cible était l'ensemble des étudiants de première et de deuxième année inscrits en Institut de Formation des Infirmiers Anesthésistes (IFIA) sur le territoire national français (métropole et départements d'outre-mer) lors de la période de l'enquête. Nous avons relevé dans chaque école le nombre d'étudiants inscrits effectivement en première et deuxième année. Notre population investiguée était donc de 1107 étudiants infirmiers anesthésistes en formation à la période de l'enquête.

C. Questionnaire d'enquête

Le recueil de données s'est effectué au moyen d'un questionnaire en ligne du 15 mars au 25 mai 2018. Ce dernier comportait plusieurs sections (cf. [annexe D](#)) et était introduit par un message d'accueil précisant l'anonymat des réponses et le fait que seuls les médicaments pris hors prescription étaient à renseigner dans les réponses.

La première section visait à caractériser le profil de l'enquêté : âge, sexe, niveau d'étude actuel, type de financement des études, statut marital, nombre d'enfants.

La seconde visait à établir la prévalence des consommations de substances psychoactives dans notre population. Pour ce faire, nous avons utilisé le score *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* crée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'évaluation de la consommation de cigarette électronique a été ajoutée du fait de son apparition récente dans la société ainsi que la catégorie « problèmes professionnels » dans l'énoncé de la question 4.

Chaque réponse donnée a été traduite en valeur numérique. Le score débutait par une question portant sur la consommation de substances au cours de la vie avec réponse négative ou positive en regard de chaque substance. Les questions suivantes sont des échelles dites « de LIKERT modifiées », toujours en regard de chaque substance. Les modalités de réponses des questions 2 à 5 étaient Jamais / Une ou deux fois / Mensuellement / Hebdomadairement / Chaque jour ou presque chaque jour. Pour ces questions une aide a été précisée, à savoir :

- Jamais : pas de consommation au cours des trois derniers mois,
- Une ou deux fois : une ou deux fois au cours des trois derniers mois,
- Mensuellement : une à trois fois en un mois,
- Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine,
- Chaque jour ou presque chaque jour : cinq à sept jours par semaine.

Pour les questions 6, 7 et 8, les modalités de réponses étaient : Non, jamais / Oui, au cours de trois derniers mois / Oui, mais pas au cours des trois derniers mois. Le calcul du score a été fait selon les directives disponibles dans l'OMS ASSIST v3.0 (cf. [annexe C](#)). Le score obtenu permet de définir un « niveau d'intervention » (pas d'intervention / intervention brève / traitement plus intensif) qui signifie respectivement (70) :

- Pas d'intervention : faible risque de problèmes de santé ou autres liés au mode de consommation actuel,
- Intervention brève : risque modéré de problèmes de santé ou autres liés au mode de consommation actuelle de substances,
- Traitement plus intensif : risque élevé de connaître des problèmes graves (de santé, sociaux, financiers, juridiques, relationnels) en raison du mode de consommation actuel. Score compatible avec la dépendance.

Dans un souci de lisibilité et de compréhension, ces modalités ont été reformulées. Ainsi, pas d'intervention / intervention brève et traitement plus intensif sont respectivement désignées sous les termes suivants : pas d'usage ou usage simple / usage abusif / dépendance (71).

La troisième et dernière section visait à établir des liens entre consommation et études d'IADE, à recenser la consultation d'un ou plusieurs professionnels de santé au sujet de la consommation de substances, à évaluer la connaissance d'une attitude à adopter devant la découverte de conduite(s) addictive(s) chez un collègue et à apprécier l'épuisement ainsi que le stress ressentis durant la formation d'IADE.

Afin d'optimiser le temps de réalisation du questionnaire et d'éviter une perte de données, des liens conditionnels ont été réalisés entre les questions. Autrement dit, si une substance n'avait pas été consommée dans les trois mois, les questions s'y rattachant n'apparaissaient pas. L'ensemble des liens conditionnels est décrit et surligné en jaune en regard de chaque question du questionnaire d'enquête disponible en [annexe D](#).

D. Moyen de diffusion du questionnaire et de collecte des résultats

Le questionnaire d'enquête a été rédigé à l'aide du logiciel en ligne LimeSurvey® comprenant un lien internet amenant sur le questionnaire et des outils de collecte et de traitement des données. Il a été diffusé via un lien internet inclus dans un mail explicatif envoyé à l'ensemble des directeurs des IFIA de France métropolitaine et DOM. Vingt-six sur 28 d'entre eux ont accepté de participer à cette enquête. La méthode utilisée garantissait l'anonymat des enquêtés ainsi que la possibilité de ne réaliser qu'une seule fois le questionnaire.

E. Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages. Les différentes modalités des variables qualitatives « étudiants en état d'usage abusif », « caractéristiques sociodémographiques », « recours à un professionnel de santé » et « épuisement en lien avec les études d'IADE » ont été comparées par un test paramétrique de Z si les effectifs l'autorisaient ($N > 30$) en choisissant un risque α de 5% et de 10%.

La variable « âge » a été discrétisée en quatre modalités pour avoir des effectifs suffisants ($N > 30$) pour l'analyse par catégories et une amplitude constante (24-29 ans / 30-34 ans / 35-39 ans / ≥ 40 ans). La variable « nombre d'enfants à charge » a elle aussi été discrétisée en deux modalités (avec enfant(s) et sans enfant à charge).

La modalité « Divorcé(e)/Séparé(e) » n'a pas été incluse dans les analyses réalisées, en raison d'une erreur de codage lors de l'administration du questionnaire et donc d'une faible pertinence à la lecture des résultats.

Les calculs statistiques ont été réalisés à l'aide des logiciels Microsoft Excel 2013[®] (Microsoft, Redmond, Etats-Unis), XLSTAT 2018[®] (Addinsoft, Paris, France) et Askia Analyse 5.4.6.0[®] (Askia, Paris, France).

III. Résultats

A. Description de la population

Le taux de participation à notre étude était de près de 42% sur les 26 écoles sollicitées (soit 1107 EIA). Cependant, seuls 418 questionnaires ont été remplis de façon exhaustive permettant une exploitation des données, soit au final près de 38%. L'ensemble des caractéristiques de notre population sont présentées dans le Tableau 1 ci-dessous.

Données générales

Genre, n (%)	Féminin	275 (66%)
	Masculin	143 (34%)
Age (ans) Moyenne +/- écart-type [extrêmes]		33 +/- 5 [24-50]
Classes d'âge, n (%)	24-29 ans	142 (34%)
	30-34 ans	152 (36%)
	35-39 ans	77 (18%)
	≥ 40 ans	47 (11%)
Niveau d'étude en cours, n (%)	Master 1	233 (56%)
	Master 2	185 (44%)
Type de financement, n (%)	Etablissement hospitalier	282 (67%)
	Autofinancement	69 (17%)
	ANFH	35 (8%)
	Autre	32 (8%)
Statut marital, n (%)	Vie en couple	307 (73%)
	Célibataire	95 (23%)
	Divorcé(e)/séparé(e)	16 (4%)
Enfants à charge, n (%)	Oui	185 (44%)
	Non	233 (56%)

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des répondants (n=418).

B. Description des consommations

1. Au cours de la vie

Consommation de substances au moins une fois au cours de la vie (n=418)	
Boissons alcooliques	98% (408)
Tabac	79% (329)
Cannabis	65% (270)
Calmants ou somnifères	41% (171)
Cigarette électronique / vapotage	37% (154)
Solvants	23% (96)
Opiacés	14% (60)
Cocaïne	13% (56)
Hallucinogènes	10% (42)
Stimulants de type amphétamines	8% (35)
Autres	2% (10)

Tableau 2 : Consommation de substances au moins une fois au cours de la vie dans la population investiguée (n=418).

NB : cinq personnes n'ont consommé aucune substance au cours de leur vie.

2. Au cours des trois derniers mois

1) Prévalence des consommations

Consommation de substances au cours des trois derniers mois (n=413)	
Boissons alcooliques	95% (394)
Tabac	39% (163)
Cigarette électronique / vapotage	16% (68)
Calmants ou somnifères	15% (62)
Cannabis	9% (36)
Solvants	3% (11)
Cocaïne	2% (9)
Opiacés	2% (7)
Hallucinogènes	< 1% (1)
Stimulants de type amphétamines	< 1% (1)
Autres	< 1% (2)

Tableau 3 : Consommation de substances au cours des trois derniers mois dans la population investiguée (n=413).

2) Fréquence des consommations

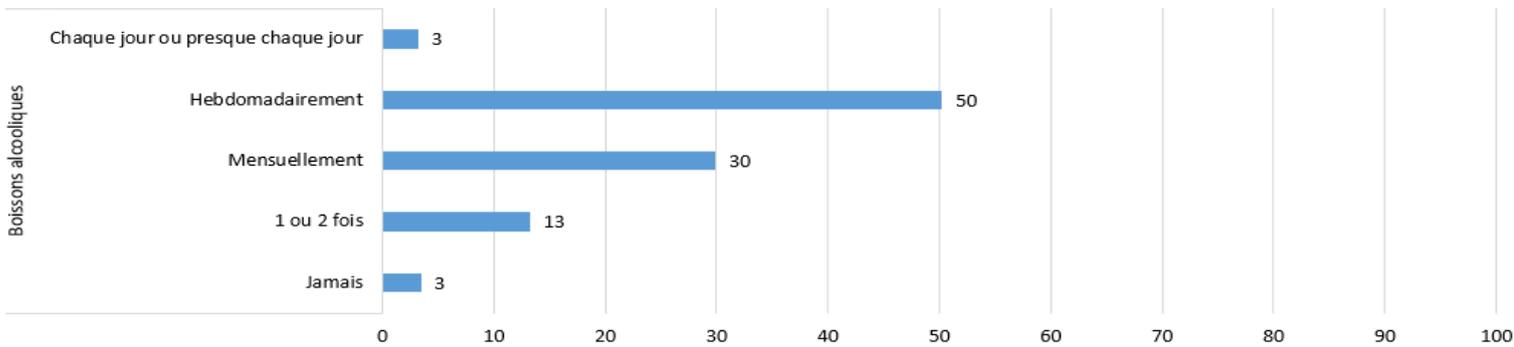


Figure 4 : Pourcentage de répondants selon la fréquence de consommation d'alcool au cours des trois derniers mois (n=408).

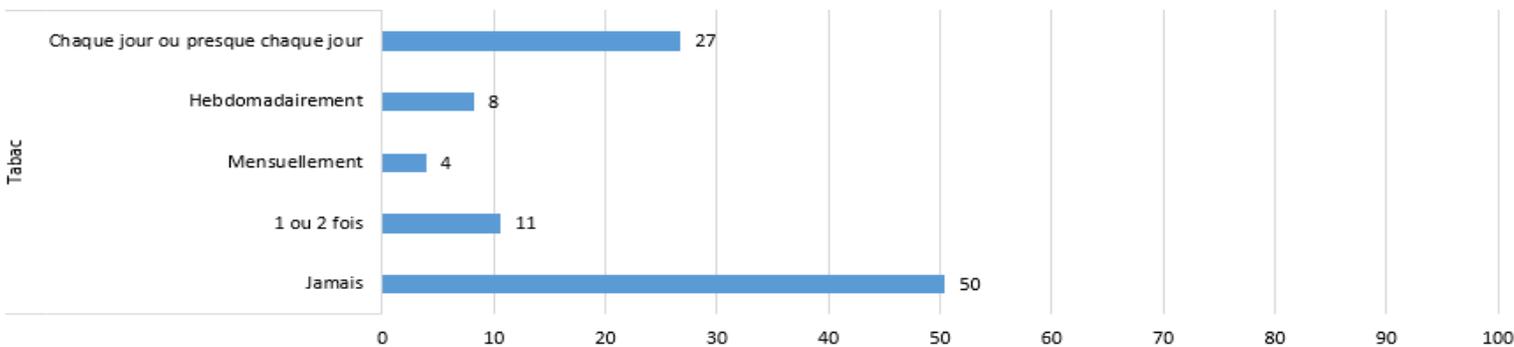


Figure 5 : Pourcentage de répondants selon la fréquence de consommation de tabac au cours des trois derniers mois (n=329).

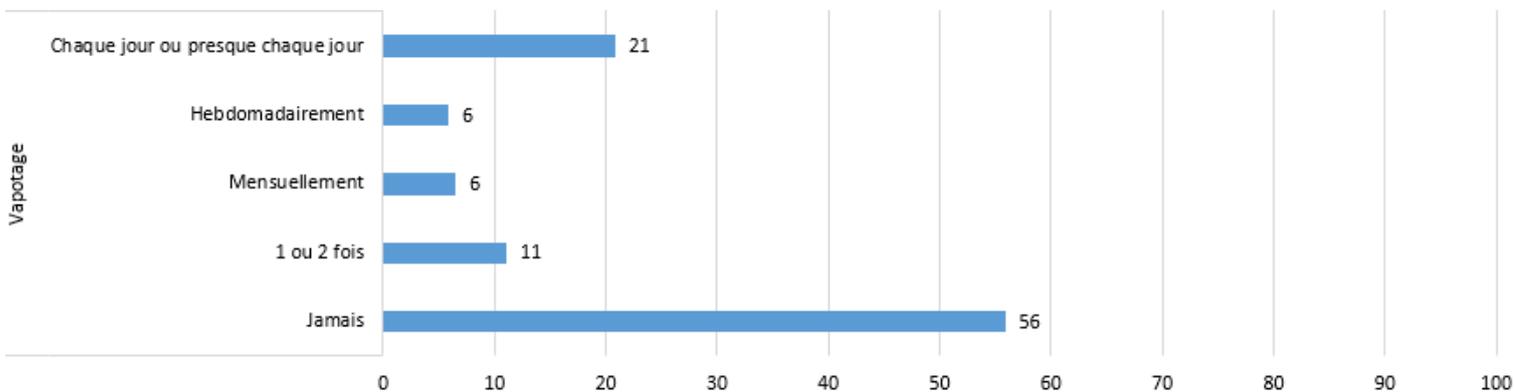


Figure 6 : Pourcentage de répondants selon la fréquence de consommation de cigarette électronique au cours des trois derniers mois (n=154).

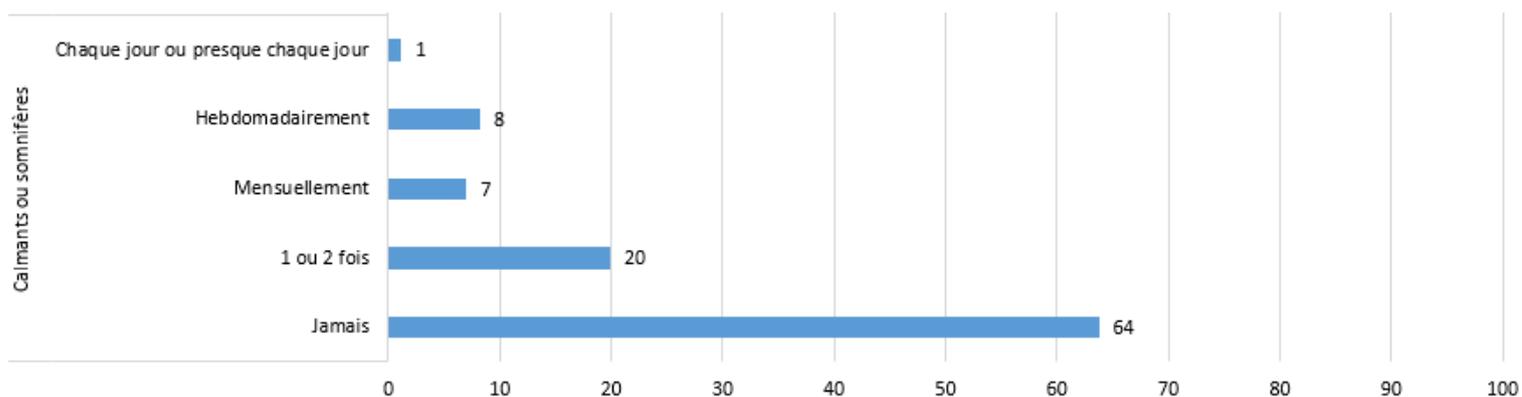


Figure 7 : Pourcentage de répondants selon la fréquence de consommation de calmants ou somnifères au cours des trois derniers mois (n=171).

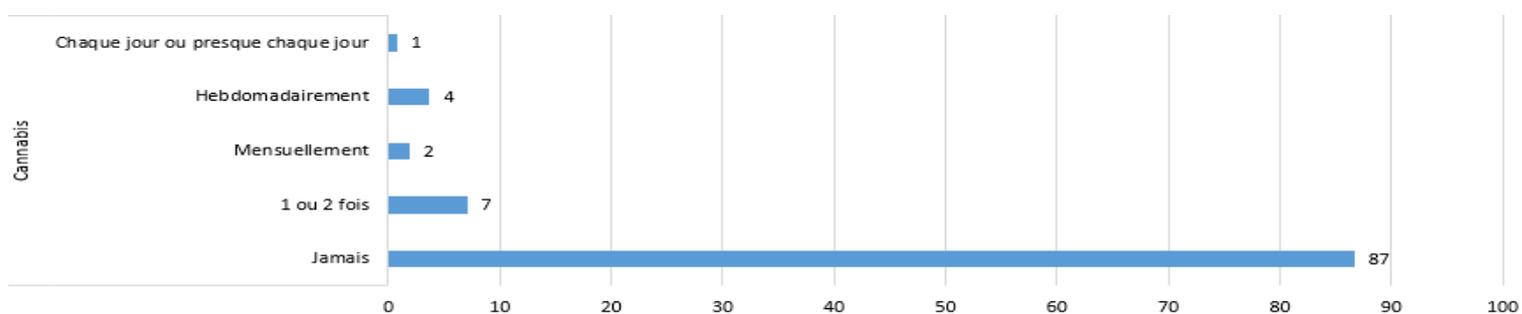


Figure 8 : Pourcentage de répondants selon la fréquence de consommation de cannabis au cours des trois derniers mois (n=270).

L'ensemble des résultats du questionnaire d'enquête est disponible en [annexe E](#).

C. Evaluation du niveau d'addiction

Résultats du score OMS ASSIST (n=418)		
Tabac	Usage abusif	36% (150)
	Dépendance	1% (5)
Boissons alcooliques	Usage abusif	14% (59)
	Dépendance	< 1% (1)
Cigarette électronique / vapotage	Usage abusif	12% (52)
	Dépendance	< 1% (1)
Calmants ou somnifères	Usage abusif	10% (42)
	Dépendance	< 1% (1)
Cannabis	Usage abusif	6% (26)
	Pas de dépendance	
Cocaïne	Usage abusif	1% (3)
	Pas de dépendance	
Stimulants de type amphétamines	Usage abusif	1% (3)
	Pas de dépendance	
Opiacés	Usage abusif	1% (3)
	Pas de dépendance	
Solvants	Usage abusif	< 1% (2)
	Pas de dépendance	
Hallucinogènes	Usage abusif	< 1% (1)
	Pas de dépendance	

Tableau 4 : Pourcentage des déclarants ayant obtenu un score OMS ASSIST compatible avec un usage abusif et une dépendance dans l'ensemble de la population investiguée en fonction de chaque substance (n=418).

L'ensemble des résultats du score OMS ASSIST est disponible en [annexe F](#).

D. Identification des facteurs de risque d'addiction

1. Liés aux études d'IADE

1) Initiation, reprise et augmentation des consommations

Consommation de substances durant les études d'IADE	Initiation	Reprise	Augmentation
Tabac	2% (6) (n=329)	17% (54) (n=323)	26% (84) (n=329)
Boissons alcooliques	1% (5) (n=408)	2% (9) (n=403)	22% (88) (n=408)
Cigarette électronique / vapotage	14% (22) (n=154)	5% (7) (n=132)	23% (35) (n=154)
Calmants ou somnifères	13% (23) (n=171)	11% (17) (n=148)	21% (36) (n=171)

Tableau 5 : Pourcentage d'initiation, de reprise et d'augmentation de la consommation de substances durant les études d'IADE en fonction des substances investiguées.

2) Epuisement et stress en lien avec la formation d'IADE

Soixante-dix pour cent des EIA disent se sentir épuisés par leur formation. Il s'agit d'un épuisement psychologique dans 87% des cas. Enfin, 95% des EIA pensent que leur formation est stressante.

	Tabac (n=150)	Alcool (n=59)	Cigarette électronique / vapotage (n=52)	Calmants ou somnifères (n=42)
Epuisement ressenti en lien avec la formation d'IADE	73% (vs 66%, p>0,05)	76% (vs 68%, p>0,05)	73% (vs 61%, p>0,05)	81% (vs 76%, p>0,05)

Tableau 6 : Pourcentage d'EIA se disant épuisés et présentant un usage abusif vs les EIA se disant épuisés et ne présentant pas d'usage ou un usage simple.

L'ensemble des résultats du questionnaire d'enquête est disponible en [annexe E](#).

2. Liés aux caractéristiques sociodémographiques

Variables sociodémographiques		Usage abusif de	Tabac (n=150)	Alcool (n=59)	Cigarette électronique / vapotage (n=52)	Calmants ou somnifères (n=42)
Age	24-29 ans (n=142)		38% (vs 23% pour les ≥40 ans, p≤0,05)	15% (vs 4% pour les ≥40 ans, p≤0,05)	13%	9%
	30-34 ans (n=152)		38% (vs 23% pour les ≥40 ans, p≤0,05)	14% (vs 4% pour les ≥40 ans, p≤0,05)	14%	11%
	35-39 ans (n=77)		35%	18% (vs 4% pour les ≥40 ans, p≤0,05)	12%	10%
	≥ 40 ans (n=47)		23%	4%	6%	11%
Sexe	Femme (n=275)		37%	14%	11%	12%
	Homme (n=143)		34%	14%	15%	7%
Niveau d'étude	Master 1 (n=233)		32%	13%	10%	10%
	Master 2 (n=185)		41% (vs 32% pour les Master 1, p≤0,1)	15%	15%	10%
Type de financement	ANFH (n=35)		34%	20%	11%	3%
	Autofinancement (n=69)		36%	16%	12%	12%
	Autre (n=32)		47%	6%	6%	6%
	Financement hospitalier (n=282)		35%	14%	13%	11%
Statut	Célibataire (n=95)		40%	16%	16%	15% (vs 8% pour les couples, p≤0,1)
	Vie en couple (n=307)		35%	14%	12%	8%
Enfant	Avec enfant(s) (n=185)		30%	12%	8%	6%
	Sans enfant (n=233)		40% (vs 30% pour les avec enfant(s) p≤0,05)	15%	16% (vs 8% pour les avec enfant(s) p≤0,05)	13% (vs 6% pour les avec enfant(s) p≤0,05)

Tableau 7 : Pourcentage d'usage abusif à chaque substance en fonction des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

E. Recours à un professionnel de santé

Cinq pour cent de notre population ont consulté un ou plusieurs professionnels de santé au sujet de leur(s) consommation(s) de substance(s).

	Tabac (n=150)	Alcool (n=59)	Cigarette électronique / vapotage (n=52)	Calmants ou somnifères (n=42)
Recours à un ou plusieurs professionnels de santé	8% (vs 3%, p≤0,05)	5% (vs 5%, p>0,05)	12% (vs 9%, p>0,05)	5% (vs 6%, p>0,05)

Tableau 8 : Pourcentage d'EIA ayant eu recours à un ou plusieurs professionnels de santé et présentant un usage abusif vs les EIA ne présentant pas d'usage ou un usage simple.

L'ensemble des résultats du questionnaire d'enquête est disponible en [annexe E](#).

F. Découverte de conduite(s) addictive(s) : quelle attitude ?

Soixante-cinq pour cent des EIA déclarent ne pas savoir quelle attitude adopter devant la découverte de conduite(s) addictive(s) chez un collègue.

L'ensemble des résultats du questionnaire d'enquête est disponible en [annexe E](#).

IV. Discussion

A. Etat des lieux des consommations et niveaux d'addiction

D'après notre hypothèse de départ, l'étudiant infirmier anesthésiste cumulerait les risques de conduites addictives liés au statut d'étudiant, de professionnel de l'anesthésie et de soignant. Le choix du score OMS ASSIST nous a permis d'effectuer un dépistage bref mais exhaustif de diverses substances psychoactives. En reprenant des éléments des définitions de la dépendance présents au sein du DSM V et de la CIM 10 (cf. [annexe A](#)), il nous a permis d'objectiver et de quantifier les consommations des personnes enquêtées et d'en calculer le niveau d'addiction.

Une population plus à risque que la population générale...

Notre population d'EIA semble plus expérimenter l'usage de substances que la population générale (13) (14) : alcool (98% vs 85%), tabac (79% vs 75%), cigarette électronique (37% vs 25%), cannabis (65% vs 34%) et médicaments psychotropes (41% vs 13%). Elle présente également des taux supérieurs d'usages abusifs d'alcool (14% vs 8%), de cigarette électronique (12% vs moins de 3%) et de cannabis (6% vs 2%) par rapport à la population générale (13). En revanche, des taux similaires de consommations abusives de tabac sont retrouvés entre les deux populations (36% vs 35%) (13).

A priori, les EIA enquêtés semblent plus à risque d'addiction que la population générale. Cela peut-il être dû à leur seul statut d'étudiant ? De soignant ? Ou encore au statut d'étudiant et de soignant ?

Une population plus à risque que la population soignante...

La comparaison des EIA avec les études réalisées chez le soignant montre que les usages abusifs de tabac, d'alcool, de somnifères et de cannabis semblent supérieurs chez les EIA enquêtés que dans la population soignante (respectivement 36% vs 23% (22) pour le tabac, 14% vs 7% pour l'alcool (22), 10% vs 7% pour les somnifères (23) et 6% vs 2% pour le cannabis (23)). L'usage abusif des opiacés est quant à lui similaire dans les deux populations (environ 1% (22)).

Les EIA interrogés semblent ici être influencés par leur statut de soignant dans la mesure où les consommations abusives de substances sont supérieures à la population soignante. La disponibilité des calmants en milieu de soins peut être soulevée face la prévalence élevée de consommation de somnifères semblant exister chez les EIA. Cependant, nous sommes en droit de nous interroger sur le fait que toutes ces consommations peuvent aussi être dues au seul statut d'étudiant. Le facteur « professionnel de l'anesthésie » ne peut pas non plus être exclu des causes de ces écarts de consommations mais en ce qui concerne la consommation d'opiacés, il n'en est rien. En effet, largement représentées et disponibles dans les structures exerçant l'anesthésie, ces molécules ne sont pourtant pas plus consommées par les EIA. Peut-être s'agit-il là d'une sous-déclaration ou d'un déni ? Le statut d'étudiant serait-il un facteur protecteur de consommation d'opiacés (surveillance par les pairs, clé du coffre à toxique normalement non détenue par un étudiant,...) ?

Une population plus à risque que la population étudiante... hormis pour l'alcool...

L'usage abusif de tabac semble supérieur dans notre population vis-à-vis de la population étudiante et étudiante en médecine (36% vs respectivement 14% (26) et 13% (29)). Le vapotage semble suivre la même voie puisqu'il représente 12% d'usage abusif chez les EIA vs 1% en population étudiante (14). En revanche, l'usage abusif d'alcool est moindre dans notre population que dans la population étudiante et étudiante en médecine (14% vs respectivement 21% (26) et 30% (29)). Le cannabis semble être consommé dans les mêmes proportions par les EIA, les étudiants et les étudiants en médecine (6% vs respectivement 7% (26) et 8% (29)). Peu de données fiables sont disponibles concernant les substances consommées de manière « minoritaire » (cocaïne, amphétamines, hallucinogènes et solvants).

Les alcoolisations ponctuelles importantes, aujourd'hui très présentes chez les étudiants (72), peuvent selon nous en partie expliquer cette différence de prévalence de consommation d'alcool tout comme une sous déclaration de la part de la population soignante.

Le statut d'étudiant peut quant à lui expliquer les taux de consommation de cannabis relevés chez les EIA, puisqu'équivalents entre les populations. Cette consommation se fait-elle en vue d'une illusion de gestion du stress comme décrit dans la partie théorique (26) ? Malgré des classes d'âges différentes entre les données épidémiologiques portant sur la

population étudiante (17-25 ans) et notre population investiguée (24-50 ans), le statut d'étudiant semble tout de même lui aussi jouer un rôle au regard des consommations de tabac, de cigarette électronique et de cannabis qui sont au moins égales voire supérieures au sein de notre population.

Des niveaux d'addictions inacceptables en milieu de soins...

Les résultats de notre étude montrent que les statuts de soignant et d'étudiant semblent influencer de manière différente sur les consommations de substances mais participent vraisemblablement à leur majoration, pouvant expliquer les niveaux d'addiction accrus retrouvés. Le statut de soignant paraît particulièrement avoir une plus grande influence sur la consommation d'alcool et de calmants tandis que les autres substances semblent être affectées par le statut d'étudiant et/ou de soignant. Concernant principalement le tabac, le vapotage, l'alcool, les calmants et le cannabis, les usages dans notre population d'étudiants infirmiers anesthésistes sont problématiques car supérieurs aux prévalences établies en population générale et/ou soignante et/ou étudiante ; faisant de notre population étudiée une population à probable très haut risque d'addiction. Ces usages ne sont pas sans conséquences et nous détaillerons dans la partie suivante les répercussions éventuelles qu'ils peuvent avoir.

B. Causes et conséquences des niveaux d'addictions relevés

Nous nous intéresserons ci-dessous aux principales substances consommées à savoir : le tabac, l'alcool, la cigarette électronique et les calmants (la consommation de cannabis n'étant pas initiée, reprise ni augmentée durant les études d'IADE).

Des facteurs de risques présents...

Nous pouvons observer que durant les études d'IADE, la consommation des principales substances se trouve augmentée dans plus de 20% des cas et que le tabac et les calmants se trouvent fortement repris dans plus de 10% des cas. Concernant l'augmentation de la consommation de substances, il est difficile de la mettre en lien avec le fait que les EIA trouvent leur formation stressante. En effet, la réponse à cette question n'apparaît pas comme un facteur de risque dans la mesure où la quasi-totalité des répondants pensent que leur formation est stressante et où une part bien moins importante de personnes consomme une ou des substances de manière abusive. L'épuisement, pourtant important dans notre population, n'apparaît pas non plus comme un facteur significatif d'augmentation des consommations de substances pour les mêmes raisons. En revanche, toutes les personnes ne sont pas égales devant l'addiction et malgré une apparente absence de relation, nous ne pouvons exclure la participation de ces deux facteurs, que sont le stress et l'épuisement, dans l'émergence et l'augmentation des consommations relevées.

Cependant, nous pouvons nous questionner sur la relation qu'il pourrait exister entre l'épuisement et la reprise/augmentation de consommation de calmants. En effet, concernant cette reprise de consommation, nous questionner sur la qualité du sommeil des EIA paraît primordial du fait d'un apprentissage dans une spécialité à risque telle que l'anesthésie. Cette prise de calmants est-elle uniquement liée à l'accessibilité aisée du produit ? Permet-elle aux EIA de se reposer en sortie de travail de nuit ? Le repos de garde est-il correctement respecté par les établissements de santé ? Existe-t-il une alternance dans les horaires qui serait délétère pour le sommeil des EIA ? Quoiqu'il en soit, les études d'IADE apparaissent sans nul doute comme un facteur de risque puisqu'augmentant de manière importante les consommations de substances voir engendrant des reprises de consommations. Enfin, il nous faut par ailleurs rappeler le lien qu'il existe entre SdEP et consommations élevées de substances. S'agit-il ici d'EIA en phase de SdEP ? Il serait intéressant de soumettre les EIA à des autotests portant sur le *BOS* tel que le *Maslach Burnout Inventory (MBI)* notamment disponible sur la plateforme SMART du CFAR.

Parmi les facteurs de risques d'usage abusif de substances liés aux caractéristiques sociodémographiques de notre population, seul un âge inférieur à 40 ans a été retrouvé comme facteur de risque significatif d'usage abusif de tabac et d'alcool. Les données concernant le tabac nous paraissent concordantes avec la littérature ce qui n'est pas le cas de celles concernant l'alcool : l'usage abusif d'alcool augmente avec l'âge parmi la population soignante (22). S'agit-il ici aussi d'un déni ou d'une sous déclaration de la part des personnes en formation plus âgées ? Le fait d'être sans enfant influe notablement sur les consommations de tabac, de cigarette électronique et de calmants ce qui est aussi conforme à la littérature. Enfin, deux tendances se dégagent des caractéristiques sociodémographiques :

- L'usage abusif de tabac est plus présent chez les personnes en Master 2 : l'approche de la fin des études et de ce que cela incombe y est-il pour quelque chose (rendu du mémoire, partiels, probable besoin et envie d'autonomie dans la pratique,...) ?
- Le fait d'être célibataire semble majorer l'usage abusif de calmants mais pas l'usage abusif de tabac, d'alcool ou de cigarette électronique. Ces personnes sont-elles mises à contribution plus que de raison durant la formation car semblant avoir peut-être moins d'obligation(s) familiale(s) (choix des lieux de stage les plus éloignés par exemple) ?

Et une sensibilisation apparemment absente...

Près des deux tiers des EIA ne savent pas quelle attitude adopter devant la découverte de conduite(s) addictive(s) chez un collègue. Malgré des connaissances en matière de santé, les EIA, et notamment ceux en situation d'usage abusif, ne consultent pas plus de professionnel(s) de santé au sujet de leur consommation de substance(s) (hormis pour le tabac). Ces données sont la preuve qu'il s'agit là d'un sujet personnel tabou et non abordé à notre connaissance dans les études d'IADE. Ne serait-il pas souhaitable que des modules d'enseignement voient le jour et soient inclus dans l'unité d'enseignement 1.4 « Santé publique » du programme de formation des IADE ? Ou tout du moins des actions de prévention au sein des IFIA afin de faire prendre conscience à chaque EIA de son niveau d'addiction. Ceci pourrait être notamment effectué à minima grâce à des outils simples tels que le sont les autotests disponibles entre autres sur la plateforme SMART du CFAR. L'école pourrait en outre être le lien entre les EIA présentant des usages abusifs ou une dépendance et un professionnel de santé spécifiquement formé (psychologue, médecin du travail, médecin addictologue,...).

Mais il existe des solutions...

Face à ces constats, les pouvoirs publics ont récemment pris des engagements en faveur des étudiants en santé (73) et « *en ce sens, des prises en charge visant à renforcer des motivations d'initiation à la pratique sportive pourraient constituer un frein aux consommations abusives de substances* » (28). A l'instar des Etats-Unis, les québécois ont développé dans les années 2000 des réseaux d'entraides en milieu de travail composés de travailleurs et de travailleuses dits « ordinaires ». Ces derniers prodiguent ainsi conseils et écoute « *sur une base d'égal à égal* » (33) au quotidien sur un temps dédié et dans des locaux mis à disposition par les nombreux employeurs participant au projet. En France, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) existe dès 1973. Dans le milieu hospitalier, suite à la mise en place du repos de sécurité en 2003 (74), l'AP-HP a créé en Novembre 2006 la mission FIDES en vue de prévenir et prendre en charge les addictions du personnel médical et non médical de l'institution (61). Depuis 2009 « *la commission SMART du CFAR, poursuit une réflexion, propose des actions, et met en place des outils concrets pour le bien-être et la santé au travail des professionnels, médecins et infirmiers de notre spécialité, et en perspective pour d'autres spécialités* » (75). Parmi ces outils concrets : autotests, numéro vert téléphonique, base documentaire, fiches d'information et liens utiles vers des sites internet (76). Enfin, en Décembre 2016, une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail a été annoncée par la ministre de la santé de l'époque afin de « *repenser dans sa globalité la qualité de vie au travail, pour la placer au cœur de nos organisations [...] et d'en faire une priorité politique* » (77), signe d'une prise en compte de plus en plus importante des risques psychosociaux liés au travail et particulièrement au travail dans le milieu hospitalier.

Dans ce milieu clos et hermétique qu'est le bloc opératoire, les comportements liés à l'usage de substances addictives peuvent effectivement entraîner des conflits au sein des équipes, dégrader les conditions de travail et majorer encore les consommations de substances. En plus d'être délétères pour les personnes en faisant usage, ces phénomènes représentent un réel danger pour le patient qui plus est dans un milieu où la rigueur, la concentration et la présence d'esprit sont de mise à chaque instant. Il nous paraît encore une fois impératif de sensibiliser les personnels sur ces usages abusifs et d'établir des actions de prévention ciblées en évitant toute stigmatisation.

C. Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude est un travail original d'intérêt scientifique permettant pour la première fois, à notre connaissance, de mettre en lumière le risque de développement de conduite(s) addictive(s) chez une population n'ayant jamais été investiguée : les EIA. Afin d'augmenter la représentativité et la validité de nos résultats, le choix d'une étude multicentrique a été effectué même s'il subsiste dans ce type d'étude autodéclarative une probable sous déclaration lié à sujet très personnel ou à une forme de déni. La diffusion de ces questionnaires s'est faite le plus tardivement possible dans l'année scolaire afin, d'une part, d'être au plus près de la réalité des consommations de substances pouvant être liées au stress ou à l'épuisement (diffusion avant la fin des partiels, avant les vacances d'été, avant le rendu du mémoire, avant la fin des années scolaires M1 et M2) et d'autre part afin de pouvoir terminer ce travail de fin d'études dans les temps impartis. Nous avons fait le choix d'un questionnaire concis et évaluant la consommation d'un maximum de substances différentes, ce qui nous a obligé à coder le questionnaire de telle manière que celui-ci soit le plus interactif possible et affiche les questions en fonction des réponses données précédemment. Ce codage a été réalisé de manière extrêmement satisfaisante puisqu'aucune donnée n'a été manquante ou erronée lors de la récupération de celles-ci à la clôture du questionnaire. Le taux de réponse complète s'élève à 38%, constituant un taux de réponse très satisfaisant pour ce type d'étude, habituellement peu favorable (78).

Notre étude présente cependant certaines faiblesses. Par exemple, le fait que les « nouveaux produits de synthèse » (pourtant consommés en France (13)) ou la caféine n'aient pas été inclus dans la liste des substances enquêtées. Du fait de leur méconnaissance lors du lancement de l'enquête, le choix a été fait de ne pas les inclure dans le questionnaire d'autant plus que la question se serait posée de savoir comment calculer leurs scores OMS ASSIST. Concernant le codage du questionnaire, les modalités « divorcé/séparé » et « célibataire » se recoupent d'où notre choix de ne pas tenir compte de cette première variable dans nos analyses statistiques. Nous souhaitons recueillir dans notre enquête des réponses concernant la consommation de calmants ou d'opiacés pris hors prescription. Malgré un message clair affiché en début de questionnaire, il n'est pas exclu que cette information ait été oubliée par les enquêtés et ait ainsi fait artificiellement augmenter les taux de consommations de calmants et d'opiacés.

Les questionnaires d'enquête contenaient essentiellement des questions fermées ou des questions dont les choix de réponses ont été limités lors de l'élaboration du questionnaire ceci du fait de la concision nécessaire dans ce type d'étude effectuée en ligne et dans le but de pouvoir analyser quantitativement les réponses données. Il existe donc une perte d'informations en comparaison avec des entretiens « face à face ».

Enfin, suite à cette étude, des interrogations subsistent. Les résultats auraient-ils été différents si l'enquête avait été effectuée plus tardivement dans l'année, plus proche de la période de rendu du mémoire ? Qu'en est-il de la consommation de substance(s) par les consommateurs en situation d'usage abusif une fois ceux-ci devenus IADE ? Cet usage diminue-t-il, stagne-t-il ou au contraire augmente-t-il ?

V. Perspectives professionnelles

Lors de l'investigation des EIA via notre questionnaire en ligne, nous proposons de transmettre nos résultats par mail aux personnes intéressées. Un certain nombre de personnes nous ont fait part de leur désir de recevoir notre travail finalisé et nous avons aussi reçu des demandes spontanées émanant de certains des directeurs des IFIADE investigués.

Ces demandes témoignent de l'intérêt notable de notre sujet de recherche pour la spécialisation. Introduire les notions évoquées dans ce travail durant la formation des EIA permettrait de mieux prévenir le risque de développement de conduite(s) addictive(s) au sein de cette population se disant épuisée et stressée par sa formation. Pour toutes ces raisons, nous transmettrons par courriel notre étude à toutes les personnes le souhaitant.

Ce travail m'a permis, sur un plan professionnel, de réfléchir sur mes propres connaissances de l'addiction et de sa prise en charge auprès d'un collègue ainsi que sur le risque de consommation(s) de substance(s) existant au bloc opératoire. J'aimerais contribuer à la promotion de ce sujet auprès de futurs étudiants infirmiers anesthésistes. Ainsi, je reste disponible pour présenter ce travail dans les instituts de formation d'infirmiers anesthésistes ou lors de congrès professionnels.

Enfin, sur un plan personnel, ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances théoriques en sociologie du travail, d'améliorer ma gestion des différents outils informatiques (traitement de texte, tableur, statistiques) et d'être à l'écoute des personnes ayant relu mon mémoire afin de prendre en compte leurs conseils et critiques dans le but de les intégrer dans ce travail. Une véritable prise de recul sur ma pratique professionnelle a été nécessaire pour réaliser ce travail. Ce mémoire constitue pour moi le point de départ d'une analyse réflexive.

VI. Conclusion

Selon le score OMS ASSIST, les étudiants infirmiers anesthésistes français présentent globalement des taux d'usages abusifs supérieurs à la population générale et soignante à propos des substances suivantes : le tabac, la cigarette électronique, l'alcool, les calmants et le cannabis. Nous avons pu découvrir que les études d'IADE apparaissent comme un facteur non négligeable de reprise et surtout d'augmentation de la consommation de ces substances. A cela s'ajoute que les EIA ne consultent pas de professionnels de santé et ne savent pas quelle attitude adopter devant la découverte de conduite(s) addictive(s) chez un collègue. Il nous paraît donc judicieux de nous questionner sur la mise en place d'une meilleure sensibilisation dans la formation d'IADE, et ce, en évitant tout jugement ou toute stigmatisation.

Au travers de ce travail, il nous a été permis de découvrir certains aspects d'une population encore jamais étudiée à priori. La promotion de la santé et la prévention des addictions constituent une sécurité dans la prise en soins du patient et un enjeu majeur pour notre spécialisation.

Ce travail ouvre la possibilité d'autres champs d'investigations. En effet, il pourrait être réalisé des études comparatives entre notre étude et des études reprenant la même population mais effectuée dans un an / cinq ans / dix ans après le diplôme d'IADE. Ceci permettrait de constater l'évolution des consommations depuis les études d'IADE jusque dans la pratique professionnelle. Cette nouvelle recherche offrirait des perspectives enrichissantes. Une meilleure compréhension des causes psychologiques, sociales et médicales de ces consommations à risque permettrait de concevoir des actions de prévention et de prises en charge ciblées en direction des étudiants infirmiers anesthésistes et des professionnels de l'anesthésie.

VII. Bibliographie

1. Gentil S. Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles. Ann Mines - Gérer Compr. 2012;109(3):34.
2. Direction Générale du Travail, Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques. Enquête SUMER 2010. Ministère du travail; 2014.
3. Bien-être et santé et sécurité au travail-Combattre les risques psychosociaux au travail. Guide des partenaires sociaux européens pour les administrations d'Etat et fédérales; 2017.
4. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. La documentation française; 2013.
5. MILDECA. L'essentiel sur les addictions | Mildeca [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/taxonomy/term/333>
6. Bernard C, Gautier N, Jayle D, Lert F, Moracchini A, Palle C. Drogues et dépendance, le livre d'information. Editions INPES. Lamoureux Philippe; 2007.
7. MILDECA. Qu'est-ce qu'une drogue ? [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-drogue>
8. INSERM. Addictions, du plaisir à la dépendance [Internet]. Inserm. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
9. Gordon E. « L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes » [Internet]. « L'addiction et la dépendance sont deux choses différentes ». 2017 [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.planetesante.ch/Magazine/Addictions/Drogues/L-addiction-et-la-dependance-sont-deux-choses-differentes>
10. National Institute on Drug Abuse. Drug Abuse and Addiction [Internet]. 2014 [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-abuse-addiction>
11. Valleur M, Chassaniol J-L. Troubles addictifs. Psycom; 2014.

12. OFDT. Produits et addictions, vue d'ensemble [Internet]. 2018 [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/#conso>
13. Beck F, Brisacier A-C, Cadet-Tairou A, Diaz Gomez C, Gandilhon M, Janssen E, et al. Drogues, Chiffres clés - 7ème édition. OFDT; 2017.
14. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Nguyen-Thanh V, et al. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du baromètre santé 2016. *janv 2017*;9.
15. Beck F, Spilka S, Nguyen-Thanh V, Gautier A, Le Nézet O, Richard J-B. Cannabis, usages actuels en population adulte - Résultats du baromètre santé 2016. OFDT, Santé publique France; 2017.
16. Samuelson ST, Bryson EO. The impaired anesthesiologist : what you should know about substance abuse. *Can J Anesth Can Anesth. févr 2017*;64(2):219-35.
17. Berge KH, Seppala MD, Schipper AM. Chemical Dependency and the Physician. *Mayo Clin Proc. juill 2009*;84(7):625-31.
18. Roman S, Prevost C. La santé des médecins : état des connaissances et approches préventives. Programme d'Aide aux Médecins du Québec; 2015.
19. Centrella M. Physician Addiction and Impairment- Current Thinking : A Review. *J Addict Dis. 18 mars 1994*;13(1):91-105.
20. Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology: *Anesthesiology. nov 2008*;109(5):905-17.
21. Smith DE, Seymour R. A clinical approach to the impaired health professional. *Int J Addict. janv 1985*;20(5):713-22.
22. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat J-L, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Ann Fr Anesth Réanimation. mai 2005*;24(5):471-9.
23. Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie-réanimation. Enquête 2009 de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Réanimation. mars 2013*;32(3):175-88.

24. Stéthos. Communiqué de presse - Souffrance des professionnels de santé : nécessité d'un parcours de soin dédié [Internet]. CNPS, SPS; 2015 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.asso-sps.fr/assets/communiqu%C3%A9-de-presse-cnps-sps.pdf>
25. Wauquiez L. Rapport d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants. Paris; 2006 déc. Report No.: 3494.
26. CSA. Santé des étudiants 2015 - 9ème édition du baromètre sur la santé des étudiants. emeVia; 2015.
27. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. 2013.
28. Décamps G, Idier L, Battaglia N. Personnalité et profils addictifs : étude des consommations de substances et des pratiques comportementales addictives en population étudiante. *J Thérapie Comport Cogn.* juin 2013;23(2):73-80.
29. Vaysse B, Gignon M, Zerkly S, Ganry O. Alcool, tabac, cannabis, anxiété et dépression des étudiants en 2ème année de médecine. *Repérer pour agir. Santé Publique.* 2014;26(5):613-20.
30. Farley WJ. Addiction and the anaesthesia resident. *Can J Anaesth.* mai 1992;39(5):R11-13.
31. Piazza P-V. Facteurs de risque, facteurs de protection [Internet]. MILDECA. 2015 [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/facteurs-de-risques-facteurs-de-protection>
32. Bonnet F, Mion G, Libert N, Petitjeans F, Journois D. Conduites addictives chez les professionnels de santé. Springer. Vol. Enjeux éthiques en réanimation. Paris: Springer Paris; 2010. 601 p.
33. Crespin R, Lhuilier D, Lutz G. *Se doper pour travailler.* Toulouse: Eres; 2017. 348 p. (Clinique du travail).
34. Gentil S. Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le « travail d'articulation » au bloc opératoire, déterminants et obstacles. *Ann Mines - Gérer Compr.* 2012;109(3):34.

35. Doppia M-A, Granet G, Robert O, Voiron V. Bien être pour bien soigner - Actes de la conférence partie 2. Conférence Hôpital 2000; 2015 mars 17; Faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux.
36. Dumesnil J. La normalisation de l'art médical. In: Évaluation chiffrée des pratiques médicales et normalisation du soin [Internet]. Paris; 2013 [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <http://ecoposante.free.fr/papers/Dumesnil-11-01-13.pdf>
37. Estryn-Béhar M, Caillard JF, Le Nézet O, Charton-Promeyrat C, Heurteux P, Ben-Brik E. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. 2004 janv.
38. Galam É. L'erreur médicale, le burnout et le soignant: De la seconde victime au premier acteur. Paris: Springer Paris; 2012.
39. Pouchelle M-C. L'hôpital corps et âme. Seli Arslan SA. 2003.
40. La normalisation de l'art médical, J. Dumesnil.pdf.
41. Dumesnil J, Dupagne D. Normalisation des soins : origine et conséquences. J Synd Natl Prat Hosp Anesth-Réanim Elargi. juill 2012;(61):18-9.
42. Doppia M-A, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). Ann Fr Anesth Réanimation. nov 2011;30(11):782-94.
43. Pesqueux Y. Le « nouveau management public » (ou New Public Management). HAL Arch-Ouvert. 2006;(<hal-00510878 >):8.
44. Vincent F. Travailler pour son « temps de repos » ? Temporalités [Internet]. 2014;(20). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/temporalites/2896>
45. Vincent F. Travailler “ en 12h ” à l'hôpital public : Quand les politiques d'austérité de l'hôpital public rencontrent “ l'accélération sociale du temps ”. In: XVIII ISA World Congress of Sociology [Internet]. Yokohama, Japan; 2014. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01624710>
46. ISNAR IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins. 2017.

47. Finances Publiques Françaises. Gel du point d'indice [Internet]. financespubliques.fr. 2017 [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.financespubliques.fr/glossaire/terme/gelindice/>
48. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Le jour de carence pour maladie existe-t-il dans la fonction publique ? [Internet]. 2018 [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13861>
49. Ministère de l'action et des comptes publics. Fonction publique - Chiffres clés 2017. DGAFP; 2017.
50. Cauchard L, Courtet P. La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? *Corresp En Onco-Hématologie*. juin 2011;VI(2):106-9.
51. Doppia M-A, Granet G, Robert O, Voiron V. Bien être pour bien soigner - Actes de la conférence partie 1. Conférence Hôpital 2000; 2015 mars 17; Faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux.
52. Lleu J-C. Comprendre les émotions en anesthésie-réanimation. John Libbey Eurotext. 127, avenue de la République. 92120. Montrouge: Arnette; 2015. 174 p. (Books-e-books).
53. Gold MS, Frost-Pineda K, Melker RJ. Physician Suicide and Drug Abuse. *Am J Psychiatry*. juill 2005;162(7):1390-1390.
54. Merlo LJ, Goldberger BA, Kolodner D, Fitzgerald K, Gold MS. Fentanyl and Propofol Exposure in the Operating Room: Sensitization Hypotheses and Further Data. *J Addict Dis*. juin 2008;27(3):67-76.
55. Lutsky I, Hopwood M, Abram SE, Cerletty JM, Hoffman RG, Kampine JP. Use of psychoactive substances in three medical specialties : anaesthesia, medicine and surgery. *Can J Anesth*. mars 1994;41(7):561-7.
56. Gold MS, Byars JA, Frost-Pineda K. Occupational exposure and addictions for physicians: case studies and theoretical implications. *Psychiatr Clin North Am*. déc 2004;27(4):745-53.

57. Bonnet F, Czernichow S, Beaujouan L. Risques professionnels chez les médecins anesthésistes. MAPAR. 2005;539-47.
58. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Dorman T, Merritt WT, Martinez EA, Guyatt GH. Evidence-Based Medicine in Anesthesiology. *Anesth Analg*. mars 2001;92(3):787-94.
59. Graveleau S. 66 % des futurs et jeunes médecins souffriraient d'anxiété. *Le Monde.fr* [Internet]. juin 2017 [cité 10 avr 2018]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/13/66-des-futurs-et-jeunes-medecins-souffriraient-d-anxiete_5143429_1651302.html
60. Cauchard L. De l'évaluation du burn out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon [Internet] [Thèse]. [Montpellier]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2009 [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/143432451>
61. Desailly-Chanson M-A, Siahmed H. Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. Inspection générale des affaires sociales; p. 144. Report No.: 2016-083R.
62. FNEI. Enquête mal-être des étudiant.e.s en soins infirmiers. FNEI; 2017.
63. Miller M. Le bilan de santé inquiétant des étudiants infirmiers. *Le Monde.fr* [Internet]. sept 2017 [cité 10 avr 2018]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/campus/article/2017/09/18/le-bilan-de-sante-inquietant-des-etudiants-infirmiers_5187406_4401467.html
64. Surbled M. « Omerta à l'hôpital » : le livre choc sur les humiliations subies par les étudiants en santé - Actusoins [Internet]. Toute l'actualité infirmière avec Actusoins. 2017 [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.actusoins.com/284740/omerta-a-lhopital-livre-choc-humiliations-subies-etudiants-sante.html>
65. Quenson E. La formation en entreprise: évolution des problématiques de recherche et des connaissances. *Savoirs*. 2012;28(1):11-63.
66. Donata Marra. Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé. Paris; 2018 avr.

67. Frydman R. Omerta à l'hôpital [Internet]. Les Discussions du soir avec René Frydman - France Culture. Paris; 2017 [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/les-discussions-du-soir-avec-rene-frydman/omerta-lhopital>
68. Savoldelli GL. Résolution de conflits au bloc opératoire. MAPAR. 2008;493-500.
69. Chamahian A. Reprendre des études à l'âge adulte : les effets sur les liens intergénérationnels à l'université et dans la famille. Rech Fam. 2011;1(8):91-100.
70. World Health Organization. The ASSIST screening test version 3.0 and feedback card. World Health Organization; 2007.
71. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). Addiction. juin 2008;103(6):1039-47.
72. ARS, SIMPPS Rennes. Enquête IDEA 2015 : binge drinking à l'Université [Internet]. 2017 [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <https://idea.ehesp.fr/2016/05/23/resultats-de-lenquete-idea-2015-binge-drinking-a-luniversite/>
73. Rédaction ActuSoins. 15 mesures contre le mal-être des étudiants en santé - Actusoins [Internet]. Toute l'actualité infirmière avec Actusoins. 2018 [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.actusoins.com/298831/15-mesures-contre-le-mal-etre-des-etudiants-en-sante.html>
74. Mion G, Ricouard S. Repos de sécurité : quels enjeux ? Ann Fr Anesth Réanimation. mai 2007;26:638-48.
75. CFAR. Santé au Travail – SMART [Internet]. CFAR. 2009 [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: <https://cfar.org/sante-au-travail-smart/>
76. Doppia M-A. Santé au travail : nouveaux défis, nouveaux outils. CFAR. mars 2016;Scope(1):16-9.

77. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. 2016 déc.

78. Ganassali S. Enquêtes et analyse de données avec Sphinx : notions fondamentales, exercices corrigés, ressources numériques. Montreuil: Pearson; 2014. 234 p.

79. MILDECA. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. [cité 24 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>

Abstract

Nom / Prénom : Asselin Hugo	Date de soutenance : 20 Septembre 2018
Nature du diplôme et/ou université : Diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste - Master / Ecole d'Infirmier(e)s Anesthésistes de Caen	
Titre : Etudiant(e)s Infirmier(e)s Anesthésistes et addictions	
Résumé : <p>Introduction. – Les comportements addictifs en population étudiante et soignante (notamment en milieu anesthésique) sont connus. Cependant, il n'existe pas à notre connaissance, de données concernant les consommations de substances chez les étudiants infirmiers anesthésistes (EIA) français. Nous avons donc mené une étude afin d'évaluer ces consommations au sein de cette population qui cumule les statuts d'étudiant et de soignant.</p> <p>Matériel et méthodes. – Enquête prospective nationale et anonyme conduite dans les instituts de formation des infirmiers anesthésistes français (questionnaire en ligne). L'objectif principal était l'évaluation des consommations de substances psychoactives : tabac, cigarette électronique, alcool, cannabis, cocaïne, amphétamines, solvants, calmants, hallucinogènes et opiacés. L'objectif secondaire était d'évaluer le niveau d'addiction grâce au score OMS ASSIST v3.0. Une analyse descriptive puis univariée a permis d'identifier des facteurs de risque d'augmentation de consommation ou d'usage abusif vis-à-vis des substances étudiées.</p> <p>Résultats. – Au total, 418 réponses complètes ont été obtenues soit un taux de réponse de 38%. Les consommations déclarées concernant l'ensemble des substances investiguées semblent supérieures à celles rapportées dans la littérature au sujet de la population générale, soignante ou étudiante. Vingt pour cent des EIA déclarent avoir augmenté leurs consommations durant les études d'IADE.</p> <p>Conclusion. – Les EIA semblent cumuler les risques de la population soignante et étudiante et les études d'IADE semblent favoriser l'usage de substances. Ceci nécessite donc une vigilance particulière vis-à-vis de cette population à risque ; d'une part concernant la santé des étudiants eux-mêmes et d'autre part vis-à-vis de la sécurité du patient dans ce contexte de spécialité à risque qu'est l'anesthésie. Enfin, il serait souhaitable de mener une réflexion de sensibilisation et de prévention sur ce sujet durant la formation d'IADE. (273 mots)</p>	
Abstract : <p>Introduction. – Addictive behaviors in student and nursing populations (especially in the anaesthetist environment) have been recognized as a significant health-related issue. However, there is no data, to our knowledge, about substance use in the French nurse anaesthetist student population. We conducted a study to evaluate these substance use in this population which combines the status of student and caregiver.</p> <p>Methods. – A prospective national and anonymous survey conducted within nurses anaesthetist institutes (online questionnaires). The main objective was to evaluate substance use. This study investigated the following: tobacco, electronic cigarette, alcohol, cannabis, cocaine, amphetamines, solvents, tranquilizers, hallucinogenics and opiates. The secondary objective was to evaluate the addiction's level with the OMS ASSIST score v3.0. A descriptive and univariate analysis were performed to determine risk factors that increase substance use or abuse.</p> <p>Results. – Overall, 418 complete answers were collected (38% response rate). Declared substance use seems higher than in the literature about general, caregiver and students population. Twenty percent of nurse anaesthetist students report increasing substance use during the nurse anaesthetist studies.</p> <p>Conclusion. – Nurse anaesthetist students seem to combine student and caregiver population's risks. Nurse anaesthetist studies seem to favour substance use. We need to be particularly aware about this population; on one hand for the student's health and on the other hand for the patient's security in this context of risk that is anaesthesia. Finally, it would be desirable to make students aware and carry out prevention on this subject during the nurse anaesthetist studies. (244 words)</p>	
Mots clés : étudiants infirmiers anesthésistes français, addiction, stress, conditions de travail	
Key words : French nurse anaesthetist students, addiction, stress, working conditions	

Annexes

A. Définitions de la dépendance selon le DSM V et la CIM 10

Selon le DSM 5, un sujet est considéré comme souffrant d'une addiction quand il présente ou a présenté, au cours des 12 derniers mois, au moins deux des 11 critères suivants :

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance (*craving*),
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance,
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances,
- Augmentation de la tolérance au produit addictif,
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation,
- Incapacité de remplir des obligations importantes,
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique,
- Problèmes personnels ou sociaux,
- Désirs ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité,
- Activités réduites au profit de la consommation,
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

L'addiction est qualifiée de faible si deux à trois critères sont satisfaits, modérée pour quatre à cinq critères et sévère pour six critères et plus (8). A noter que l'addiction à la caféine n'a fait son apparition que dans la 5ème version du DSM.

Selon la CIM 10, les six critères de la dépendance sont les suivants :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive,
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation),
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage,
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré,
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets,
- Poursuite de la consommation de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Pour faire ce diagnostic selon la CIM 10, au moins 3 des manifestations précédentes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année (79).

B. Facteurs de risque indépendants de consommation

Source : Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale (22).

Facteurs de risque indépendants associés avec l'abus ou la dépendance aux tranquillisants ou aux hypnotiques (<i>n</i> = 2 744)			Facteurs de risque indépendants associés avec l'abus ou la dépendance à l'alcool (<i>n</i> = 2 744)		
	Répondeurs (<i>n</i>)	Odds ratio (IC 95 %)		Répondeurs (<i>n</i>)	Odds ratio (IC 95 %)
<i>Statut marital</i>			<i>Répartition des sexes</i>		
Marié	2 294	1	Hommes	955	1
Célibataire	245	0,70 (0,33–1,47)	Femmes	1 789	1,84 (1,25–2,71)
Séparé ou divorcé	205	1,98 (1,15–3,40)	<i>Statut marital</i>		
<i>Consommation d'alcool</i>			Marié	2 294	1
Nulle ou occasionnelle	2 578	1	Célibataire	245	1,31 (0,73–2,34)
Abus ou dépendance	166	3,50 (2,08–5,89)	Séparé ou divorcé	205	2,10 (1,28–3,44)
<i>Consommation d'opiacés, de cannabis et de stimulants</i>			<i>Consommation de tabac</i>		
Nulle ou occasionnelle	2 717	1	Nulle ou occasionnelle	2 509	1
Abus ou dépendance	27	11,82 (4,70–29,74)	Abus ou dépendance	235	4,01 (2,70–5,97)
<i>Sensation de manque de sommeil</i>			<i>Consommation de tranquillisants ou d'hypnotiques</i>		
Jamais ou parfois	1 436	1	Nulle ou occasionnelle	2 624	1
Fréquente ou permanente	1 308	3,26 (2,12–5,02)	Abus ou dépendance	120	3,88 (2,32–6,47)

Facteurs de risque indépendants associés avec l'abus ou la dépendance au tabac (*n* = 2 744, nombre de répondants à l'ensemble des items du questionnaire)

	Répondeurs (<i>n</i>)	Odds ratio (IC 95 %)
<i>Âge (ans)</i>		
≤ 35	261	1
36–45	816	0,56 (0,35–0,91)
46–55	1 333	0,53 (0,34–0,84)
56–65	334	0,52 (0,29–0,93)
<i>Statut marital</i>		
Marié	2 294	1
Célibataire	245	2,33 (1,56–3,46)
Séparé ou divorcé	205	1,66 (1,06–2,61)
<i>Activité professionnelle principale</i>		
Anesthésie	2 254	1
Autres ^a	490	0,56 (0,39–0,81)
<i>Institution</i>		
Hôpital universitaire	924	1
Hôpital général	682	1,65 (1,12–2,43)
PSPH	184	2,17 (1,23–3,86)
Secteur libéral	924	2,46 (1,68–3,60)
Autres	30	0,57 (0,08–4,34)
<i>Sites de travail (établissements) (<i>n</i>)</i>		
≥ 2	734	1
1	2 010	0,73 (0,54–0,99)
<i>Consommation d'alcool</i>		
Nulle ou occasionnelle	2 578	1
Abus ou dépendance	166	4,0 (2,69–5,95)
<i>Consommation d'opiacés, cannabis et stimulants</i>		
Nulle ou occasionnelle	2 717	1
Abus ou dépendance	27	3,07 (1,26–7,50)
<i>Sentiment de surcharge de travail</i>		
Jamais ou parfois	1 241	1
Fréquent ou permanent	1 503	1,36 (0,99–1,86)
<i>Sensation de privation de sommeil</i>		
Jamais ou parfois	1 436	1
Fréquente ou permanente	1 308	1,42 (1,04–1,94)

^aRéanimation, médecine d'urgence, clinique de la douleur, soins palliatifs.

Facteurs de risque indépendants associés avec l'abus ou la dépendance aux opiacés, au cannabis et aux stimulants (*n* = 2 744)

	Répondeurs (<i>n</i>)	Odds ratio (IC 95 %)
<i>Consommation de tabac</i>		
Nulle ou occasionnelle	2 509	1
Abus ou dépendance	235	4,16 (1,73–10,01)
<i>Consommation de tranquillisants ou d'hypnotiques</i>		
Nulle ou occasionnelle	2 624	1
Abus ou dépendance	120	13,58 (5,63–32,78)

C. Questionnaire OMS ASSIST v3.0, français

A. OMS - ASSIST V3.0, français

Interviewer |.....| Clinique |.....|
Identité patient |.....| Date |.....|

INTRODUCTION (A lire au patient. Peut être adapté au contexte local)

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce bref entretien portant sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues.

De nombreuses drogues, certains médicaments inclus, peuvent affecter votre santé. Pour bien vous soigner, il est important pour votre soignant d'avoir des informations précises sur vos consommations.

Les questions qui suivent portent sur vos consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et des 3 derniers mois, indépendamment de la voie de consommation (fumé, avalé, sniffé, inhalé, injecté, pris sous forme de pilule, etc.) [montrer CARTE REPONSE - ASSIST].

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (comme par ex. des médicaments contre la douleur, des calmants, des somnifères, des coupe-faim, des stimulants). Pour cet entretien, nous ne prenons pas en compte les médicaments pris sur ordonnance médicale. Cependant, si vous avez pris ces médicaments pour des raisons autres que celles de la prescription ou que vous les avez pris plus fréquemment ou à plus haute dose que prescrit, je vous prie de me le faire savoir.

Soyez assuré que toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle, y compris celles concernant les drogues illicites ou interdites.

Note : Avant de poser les questions suivantes, donnez la CARTE REPONSE ASSIST au patient.

Question 1

(S'il s'agit d'une passation lors d'un suivi, veuillez comparer les réponses du patient avec celles données lors de l'évaluation initiale. Toute différence devrait être investiguée.)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées au cours de votre vie ?	NON	OUI
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)	0	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3
j. Autres – spécifiez:	0	3

Si toutes les réponses sont négatives → demandez : « même lorsque vous étiez à l'école » ?

Si « non » à tous les items

→ arrêtez l'entretien

Si « oui » à l'un ou plusieurs de ces items → posez la Question 2 concernant ces substances.

Question 2

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autres – spécifiez:	0	2	3	4	6

Si « jamais » à tous les items de la Question 2 → passez à la Question 6.

Si une ou plusieurs substances de la Question 2 ont été utilisées au cours des 3 derniers mois, continuez avec les Questions 3, 4 et 5 pour chaque substance consommée.

Question 3

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autres – spécifiez:	0	3	4	5	6

Question 4

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	4	5	6	7
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autres – spécifiez:	0	4	5	6	7

Question 5

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	5	6	7	8
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	5	6	7	8
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autres – spécifiez:	0	5	6	7	8

Posez les Questions 6 et 7 concernant toutes les substances déjà consommées au cours de la vie (à savoir toutes celles avec réponse positive à la question 1)

Question 6

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà dit préoccupé par votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 7

Avez-vous déjà essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 8

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
Avez-vous <u>déjà</u> pris de la drogue en injection ? (USAGE NON MEDICAL SEULEMENT)	0	2	1

NOTE IMPORTANTE

Demandez aux patients qui se sont injecté des drogues durant les 3 derniers mois quelle a été la fréquence d'injection durant cette période, afin d'évaluer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

FREQUENCE D'INJECTION

Une fois par semaine ou moins
OU
moins de 3 jours de suite

RECOMMANDATIONS

Intervention brève incluant la carte « risques associés avec l'injection »

Plus d'une fois par semaine
OU
3 jours ou plus de suite

Évaluation approfondie et traitement plus intensif*

Comment calculer un score pour une substance spécifique ?

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionnez les scores obtenus pour les Questions 2 à 7. N'incluez pas le résultat de la Question 1 ou de la Question 8 dans ce score. Par exemple, un score pour le cannabis serait calculé ainsi : Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c

Notez que la question 5 sur le tabac n'est pas codée et est calculée ainsi : Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a.

L'INTERVENTION RECOMMANDEE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPECIFIQUE ».

	Score « substance spécifique » relevé	Pas d'intervention	Intervention brève	Traitement plus intensif*
a. Tabac		0 - 3	4 - 26	≥ 27
b. Alcool		0 - 10	11 - 26	≥ 27
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	≥ 27
d. Cocaïne		0 - 3	4 - 26	≥ 27
e. Amphétamine		0 - 3	4 - 26	≥ 27
f. Solvants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
g. Calmants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
h. Hallucinogènes		0 - 3	4 - 26	≥ 27
i. Opiacés		0 - 3	4 - 26	≥ 27
j. Autres drogues		0 - 3	4 - 26	≥ 27

NOTE : *L'évaluation approfondie et le traitement plus intensif peuvent être prodigués, selon le contexte local, par des professionnels de la santé de premier recours ou par un service spécialisé dans les addictions.

B. OMS - ASSIST V3.0 CARTE RÉPONSE POUR LES PATIENTS

Carte réponse – substances

a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)
c. Cannabis (marijuana, joints, herbe, hash, etc.)
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)
j. Autres – spécifiez:

Carte réponse (ASSIST - questions 2-5)

Jamais: pas de consommation au cours des 3 derniers mois.

Une ou deux fois: une ou deux fois au cours des 3 derniers mois.

Mensuellement: une à trois fois en un mois.

Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine.

Chaque jour ou presque chaque jour: cinq à sept jours par semaine.

Carte réponse (ASSIST - questions 6-8)

Non, jamais.

Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.

Oui, durant les derniers 3 mois.

D. Questionnaire d'enquête

Dans quelle mesure la population d'étudiants infirmiers anesthésistes français est-elle une population à risque de conduites addictives ?

Questionnaire réalisé sur la base du test de l'OMS « *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* » (ASSIST v3.0).

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire portant sur les conduites addictives chez les étudiants infirmiers anesthésistes français, je vous saurais gré de bien vouloir consacrer une dizaine de minutes afin de compléter le questionnaire suivant.

Ce questionnaire est totalement anonyme tout comme le traitement des données y attendant. Il est issu du questionnaire OMS - ASSIST v3.0. Les informations portées sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé destiné à une étude portant sur les conduites addictives chez les étudiants infirmiers anesthésistes français.

Il est à noter que dans ce questionnaire, nous ne prenons pas en compte les médicaments pris sur ordonnance médicale sauf si vous avez pris ces médicaments pour des raisons autres que celles de la prescription ou que vous les avez pris plus fréquemment ou à plus haute dose que prescrits.

Je vous remercie par avance de votre participation et de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Hugo ASSELIN (EIA 2ème année)

Pour tous renseignements complémentaires, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : hugo.asselin@orange.fr

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à Hugo ASSELIN, étudiant infirmier anesthésiste en deuxième année à l'école des infirmiers anesthésistes du CHU de Caen.

1) A propos de vous :

L'ensemble des questions de cette partie est obligatoire pour accéder à la suite du questionnaire.

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre sexe ?
 - Homme
 - Femme
- Quel est votre niveau d'étude actuel ?
 - Master 1 (EIA 1ère année)
 - Master 2 (EIA 2ème année)
- De quel type de financement disposez-vous ?
 - Etablissement hospitalier
 - ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier)
 - Autofinancement
 - Autres :
- Quel est votre statut marital ?
 - Célibataire
 - Vie en couple
 - Divorcé(e) / séparé(e)
 - Veuve/Veuf
- Combien avez-vous d'enfants ?
 - 0
 - 1
 - 3
 - 4 ou plus

2) Vous et votre consommation :

Question 1 :

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous déjà consommées au cours de votre vie ?	NON	OUI
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)	0	3
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)	0	3
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)	0	3
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)	0	3
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3
k. Autres – spécifiez :	0	3

Si « non » à tous les items → Poser les questions 13, 14 et 15.

Si « oui » à l'un ou plusieurs de ces items → Poser la Question 2 concernant ces substances.

Question 2 :

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	2	3	4	6
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)	0	2	3	4	6
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	2	3	4	6
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)	0	2	3	4	6
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)	0	2	3	4	6
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	2	3	4	6
k. Autres – spécifiez :	0	2	3	4	6

Si « Jamais » à tous les items de la Question 2 → Passer à la Question 6.

Si une ou plusieurs substances de la Question 2 ont été utilisées au cours des 3 derniers mois, continuer avec les questions 3, 4 et 5 pour chaque substance consommée.

Question 3 :

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3	4	5	6
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)	0	3	4	5	6
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3	4	5	6
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)	0	3	4	5	6
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)	0	3	4	5	6
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3	4	5	6
k. Autres – spécifiez :	0	3	4	5	6

Question 4 :

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre consommation de substances a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	4	5	6	7
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)	0	4	5	6	7
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	4	5	6	7
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)	0	4	5	6	7
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)	0	4	5	6	7
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	4	5	6	7
k. Autres – spécifiez :	0	4	5	6	7

Choix de notre part faire la distinction entre problèmes de :

- « santé »
- « professionnels »
- « sociaux »
- « légaux »
- « financiers »
- « aucun des problèmes sus-cités »

Si un ou plusieurs types de problèmes se trouvent cochés, alors la fréquence de ces problèmes au cours des 3 derniers mois apparait et doit être complétée.

Si la case « aucun de ces problèmes » se trouve cochée, alors la fréquence n'apparait pas et il est impossible de cocher un autre type de problème.

Question 5 :

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de substances ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	5	6	7	8
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)	0	5	6	7	8
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	5	6	7	8
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)	0	5	6	7	8
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)	0	5	6	7	8
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	5	6	7	8
k. Autres – spécifiez :	0	5	6	7	8

Aide aux réponses précisée pour les Questions 2 à 5 :

Jamais : pas de consommation au cours des 3 derniers mois.

Une ou deux fois : une ou deux fois au cours des 3 derniers mois.

Mensuellement : une à trois fois en un mois.

Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine.

Chaque jour ou presque chaque jour : cinq à sept jours par semaine.

Poser les Questions 6 et 7 concernant toutes les substances déjà consommées au cours de la vie (à savoir toutes celles avec réponse positive à la question 1).

Question 6 :

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà dit préoccupé par votre consommation de substances ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)	0	6	3
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)	0	6	3
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)	0	6	3
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
k. Autres – spécifiez :	0	6	3

Question 7 :

Avez-vous déjà essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de substances ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)	0	6	3
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)	0	6	3
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)	0	6	3
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
k. Autres – spécifiez :	0	6	3

Question 8 :

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
Avez-vous déjà pris de la drogue en injection ? (USAGE NON MEDICAL SEULEMENT)	0	2	1

NOTE IMPORTANTE :

Demander aux patients qui se sont injecté des drogues durant les 3 derniers mois quelle a été la fréquence d'injection durant cette période, afin d'évaluer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

Si la case « Oui, au cours des 3 derniers mois » se trouve cochée, alors une fréquence doit être renseignée pour continuer le questionnaire.

Question 9 :

N'apparaissent que les substances consommées au cours de la vie.

Avez-vous débuté votre consommation de substances pendant les études d'IADE ?	Oui	Non
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)		
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)		
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)		
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)		
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)		
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)		
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)		
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)		
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)		
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)		
k. Autres – spécifiez :		

Question 10 :

N'apparaissent que les substances consommées au cours de la vie et celles dont la consommation n'a pas débuté pendant les études d'IADE.

Avez-vous repris (après un arrêt prolongé de consommation) votre consommation de substances depuis le début des études d'IADE ?	Oui	Non
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)		
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)		
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)		
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)		
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)		
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)		
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)		
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)		
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)		
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)		
k. Autres – spécifiez :		

Question 11 :

N'apparaissent que les substances consommées au cours de la vie.

Avez-vous augmenté votre consommation de substances depuis le début des études d'IADE ?	Oui	Non
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)		
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)		
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)		
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)		
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)		
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)		
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)		
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)		
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)		
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)		
k. Autres – spécifiez :		

Question 12 :

N'apparaît que si une ou des substances ont été consommées au cours de la vie.

Avez-vous déjà consulté un ou plusieurs professionnel(s) de santé au sujet de votre consommation de substance(s) ?

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) :

- Psychiatre
- Addictologue
- Médecin du travail
- Médecin traitant
- Autres (acupuncture, hypnose,...)

Question 13 :

Apparaît systématiquement.

Savez-vous quelle attitude adopter devant la découverte de conduite(s) addictive(s) chez un collègue ?

- Oui
- Non

Question 14 :

Apparaît systématiquement.

Vous sentez vous épuisé(e) par votre formation ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez spécifier :

- Physiquement
- Psychologiquement

Question 15 :

Apparaît systématiquement.

Pensez-vous que votre formation soit stressante ?

- Oui
- Non

Merci d'avoir participé à ce questionnaire.

Pour tous renseignements complémentaires, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : hugo.asselin@orange.fr

Pour en savoir plus :

Drogues Info Service

Mission Interministerielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
(MILDECA)

Les pages santé-au-travail de la commission SMART

E. Résultats du questionnaire d'enquête

1) A propos de vous : (n=418)

- Quel âge avez-vous ? (n=418)

Moyenne (ans) +/- écart-type [extrêmes]

33 +/- 5 [24-50]

- Quel est votre sexe ?

- o Femme **66%** (n=275)
- o Homme **34%** (n=143)

- Quel est votre niveau d'étude actuel ?

- o Master 1 (EIADE 1^{ère} année) **56%** (n=233)
- o Master 2 (EIADE 2^{ème} année) **44%** (n=185)

- De quel type de financement disposez-vous ?

- o Etablissement hospitalier **67%** (n=282)
- o Autofinancement **17%** (n=69)
- o ANFH **8%** (n=35)
- o Autres **8%** (n=32)

- Quel est votre statut marital ?

- o Vie en couple **73%** (n=307)
- o Célibataire **23%** (n=95)
- o Divorcé(e) / séparé(e) **4%** (n=16)
- o Veuve/Veuf (n=0)

- Combien avez-vous d'enfants ?

- o Enfants à charge **non** : **56%** (n=233)
- o Enfants à charge **oui** : **44%** (n=185)
 - 1 : **15%** (n=64)
 - 2 : **22%** (n=91)
 - 3 : **6%** (n=27)
 - 4 ou plus : **1%** (n=3)

2) Vous et votre consommation :

Question 1 :

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées <u>au cours de votre vie</u> ? (n=418)	NON	OUI
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	21% (89)	79% (329)
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)	63% (264)	37% (154)
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.)	2% (10)	98% (408)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	35% (148)	65% (270)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.)	87% (362)	13% (56)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	92% (383)	8% (35)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.)	77% (322)	23% (96)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.)	59% (247)	41% (171)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.)	90% (376)	10% (42)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	86% (358)	14% (60)
k. Autres	98% (408)	2% (10)

NB : cinq personnes n'ont consommé aucune substance au cours de leur vie.

Question 2 : Sur la population ayant consommé au moins une fois au cours de la vie (n=413)

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.) (n=329)	50% (166)	11% (35)	4% (13)	8% (27)	27% (88)
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine) (n=154)	56% (86)	11% (17)	6% (10)	6% (9)	21% (32)
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.) (n=408)	3% (14)	13% (54)	30% (122)	50% (205)	3% (13)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.) (n=270)	87% (234)	7% (19)	2% (5)	4% (10)	1% (2)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.) (n=56)	84% (47)	16% (9)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.) (n=35)	91% (32)	9% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.) (n=96)	89% (85)	10% (10)	1% (1)	0% (0)	0% (0)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.) (n=171)	64% (109)	20% (34)	7% (12)	8% (14)	1% (2)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.) (n=42)	93% (39)	7% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.) (n=60)	88% (53)	10% (6)	2% (1)	0% (0)	0% (0)
k. Autres (n=10)	80% (8)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	20% (2)

Question 3 : Sur la population ayant consommé au cours des 3 derniers mois

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.) (n=163)	17% (27)	13% (21)	7% (12)	20% (33)	43% (70)
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine) (n=68)	31% (21)	10% (7)	7% (5)	9% (6)	43% (29)
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.) (n=394)	58% (229)	17% (67)	11% (42)	11% (45)	3% (11)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.) (n=36)	50% (18)	14% (5)	11% (4)	17% (6)	8% (3)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.) (n=9)	78% (7)	22% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.) (n=3)	67% (2)	33% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.) (n=11)	82% (9)	18% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.) (n=62)	44% (27)	31% (19)	5% (3)	15% (9)	6% (4)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.) (n=3)	66% (2)	33% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.) (n=7)	57% (4)	29% (2)	14% (1)	0% (0)	0% (0)
k. Autres (n=2) (caféine/sucre (1) et vitamines/boissons énergisantes (1))	0% (0)	0% (0)	0% (0)	50% (1)	50% (1)

Question 4 : Sur la population ayant consommé au cours des 3 derniers mois

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre consommation de substances a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.) (n=163)	92% (149)	4% (7)	3% (5)	1% (2)	0% (0)
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine) (n=68)	96% (65)	1% (1)	3% (2)	0% (0)	0% (0)
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.) (n=394)	97% (384)	2% (7)	1% (3)	0% (0)	0% (0)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.) (n=36)	94% (34)	6% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.) (n=9)	100% (9)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.) (n=3)	100% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.) (n=11)	100% (11)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.) (n=62)	97% (60)	3% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.) (n=3)	100% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.) (n=7)	100% (7)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
k. Autres (n=2)	100% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

<u>Au cours des 3 derniers mois, votre consommation de tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.) a-t-elle entraîné des :</u> (n=163)		
Problèmes de santé	Oui	6% (9)
	Non	3% (5)
Problèmes professionnels	Oui	< 1% (1)
	Non	8% (13)
Problèmes sociaux	Non	9% (14)
Problèmes légaux	Non	9% (14)
Problèmes financiers	Non	6% (9)
	Oui	3% (5)
Aucun des problèmes sus-cités	(= Jamais)	92% (149)
A quelle fréquence au cours des 3 derniers mois ?	1 ou 2 fois	4% (7)
	Mensuellement	3% (5)
	Hebdomadairement	1% (2)

Question 5 : Sur la population ayant consommé au cours des 3 derniers mois

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de substances ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	/	/	/	/	/
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine)	/	/	/	/	/
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.) (n=394)	93% (365)	7% (27)	< 1% (1)	0% (0)	< 1% (1)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.) (n=36)	89% (32)	6% (2)	6% (2)	0% (0)	0% (0)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.) (n=9)	89% (8)	11% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.) (n=3)	100% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.) (n=11)	100% (11)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.) (n=62)	97% (60)	3% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.) (n=3)	100% (3)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.) (n=7)	100% (7)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
k. Autres (n=2)	100% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Question 6 : Sur la population ayant consommé au moins une fois au cours de la vie

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est <u>déjà</u> dit préoccupé par votre consommation de substances ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.) (n=329)	76% (249)	14% (45)	11% (35)
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine) (n=154)	86% (133)	9% (14)	5% (7)
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.) (n=408)	91% (372)	4% (16)	5% (20)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.) (n=270)	94% (255)	1% (2)	5% (13)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.) (n=56)	91% (51)	0% (0)	9% (5)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.) (n=35)	91% (32)	0% (0)	9% (3)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.) (n=96)	97% (93)	0% (0)	3% (3)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.) (n=171)	82% (141)	6% (11)	11% (19)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.) (n=42)	88% (37)	0% (0)	12% (5)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.) (n=60)	92% (55)	0% (0)	8% (5)
k. Autres (n=10)	90% (9)	10% (1)	0% (0)

Question 7 : Sur la population ayant consommé au moins une fois au cours de la vie

Avez-vous <u>déjà</u> essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de substances ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.) (n=329)	60% (197)	16% (52)	24% (80)
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine) (n=154)	79% (121)	9% (14)	12% (19)
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.) (n=408)	91% (372)	6% (23)	3% (13)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.) (n=270)	90% (244)	2% (5)	8% (21)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.) (n=56)	96% (54)	0% (0)	4% (2)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.) (n=35)	97% (34)	0% (0)	3% (1)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.) (n=96)	99% (95)	0% (0)	1% (1)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.) (n=171)	85% (146)	8% (13)	7% (12)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.) (n=42)	95% (40)	0% (0)	5% (2)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.) (n=60)	98% (59)	0% (0)	2% (1)
k. Autres (n=10)	90% (9)	0% (0)	10% (1)

Question 8 :

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois
Avez-vous <u>déjà</u> pris de la drogue en injection ? (n=413) (USAGE NON MEDICAL SEULEMENT)	99% (410)	0% (0)	1% (3)

Question 9 : Sur la population ayant consommé au moins une fois au cours de la vie

Avez-vous débuté votre consommation de substances pendant les études d'IADE ?	Oui	Non
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.) (n=329)	2% (6)	98% (323)
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine) (n=154)	14% (22)	86% (132)
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.) (n=408)	1% (5)	99% (403)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.) (n=270)	< 1% (1)	100% (269)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.) (n=56)	5% (3)	95% (53)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.) (n=35)	0% (0)	100% (35)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.) (n=96)	0% (0)	100% (96)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.) (n=171)	13% (23)	87% (148)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.) (n=42)	5% (2)	95% (40)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.) (n=60)	0% (0)	100% (60)
k. Autres (n=10)	0% (0)	100% (10)

Question 10 : Sur la population ayant consommé au moins une fois au cours de la vie et n'ayant pas débuté leur consommation durant la formation d'IADE

Avez-vous repris (après un arrêt prolongé de consommation) votre consommation de substances depuis le début des études d'IADE ?	Oui	Non
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.) (n=323)	17% (54)	83% (269)
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine) (n=132)	5% (7)	95% (125)
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.) (n=403)	2% (9)	98% (394)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.) (n=269)	2% (6)	98% (263)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.) (n=53)	0% (0)	100% (53)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thai, pilules coupe faim, ecstasy, etc.) (n=35)	3% (1)	97% (34)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.) (n=96)	3% (3)	97% (93)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.) (n=148)	11% (17)	89% (131)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.) (n=40)	2% (1)	98% (39)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.) (n=60)	0% (0)	100% (60)
k. Autres (n=10)	10% (1)	90% (9)

Question 11 : Sur la population ayant consommé au moins une fois au cours de la vie

Avez-vous augmenté votre consommation de substances depuis le début des études d'IADE ?	Oui	Non
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.) (n=329)	26% (84)	74% (245)
b. Cigarette électronique / vapotage (avec ou sans nicotine) (n=154)	23% (35)	77% (119)
c. Boissons alcooliques (bière, vin, spiritueux, cidre, etc.) (n=408)	22% (88)	78% (320)
d. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.) (n=270)	3% (7)	97% (263)
e. Cocaïne (coke, crack, etc.) (n=56)	0% (0)	100% (56)
f. Stimulants de type amphétamines (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.) (n=35)	0% (0)	100% (35)
g. Solvants (poppers, colle, essence, diluant, etc.) (n=96)	1% (1)	99% (95)
h. Calmants ou somnifères (benzodiazépines, etc.) (n=171)	21% (36)	79% (135)
i. Hallucinogènes (kétamine, LSD, champignons, PCP, etc.) (n=42)	0% (0)	100% (42)
j. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.) (n=60)	0% (0)	100% (60)
k. Autres (n=10)	10% (1)	90% (9)

Question 12 : (n=413)

Avez-vous déjà consulté un ou plusieurs professionnel(s) de santé au sujet de votre consommation de substance(s) ?

- Oui **5% (n=19)**
- Non **95% (n=394)**

Si oui, le(s)quel(s) :

- Psychiatre **5% (n=1)**
- Addictologue **32% (n=6)**
- Médecin du travail **5% (n=1)**
- Médecin traitant **47% (n=9)**
- Autres (acupuncture, hypnose,...) **32% (n=6)**

Question 13 : (n=418)

Savez-vous quelle attitude adopter devant la découverte de conduite(s) addictive(s) chez un collègue ?

- Oui **35% (n=147)**
- Non **65% (n=271)**

Question 14 : (n=418)

Vous sentez vous épuisé(e) par votre formation ?

- Oui **70% (n=291)**
- Non **30% (n=127)**

Si oui, veuillez spécifier :

- Physiquement **(n=291)**
 - Oui **79% (n=230)**
 - Non **21% (n=61)**
- Psychologiquement **(n=291)**
 - Oui **87% (n=254)**
 - Non **13% (n=37)**

Question 15 : (n=418)

Pensez-vous que votre formation soit stressante ?

- Oui **95% (n=398)**
- Non **5% (n=20)**

F. Résultats du score OMS ASSIST

Résultats du score OMS ASSIST (n=418)		
Tabac	Pas d'usage / usage simple	63% (263)
	Usage abusif	36% (150)
	Dépendance	1% (5)
Boissons alcooliques	Pas d'usage / usage simple	86% (358)
	Usage abusif	14% (59)
	Dépendance	< 1% (1)
Cigarette électronique / vapotage	Pas d'usage / usage simple	87% (365)
	Usage abusif	12% (52)
	Dépendance	< 1% (1)
Calmants ou somnifères	Pas d'usage / usage simple	90% (375)
	Usage abusif	10% (42)
	Dépendance	< 1% (1)
Cannabis	Pas d'usage / usage simple	94% (392)
	Usage abusif	6% (26)
	Pas de dépendance	
Cocaïne	Pas d'usage / usage simple	99% (415)
	Usage abusif	1% (3)
	Pas de dépendance	
Stimulants de type amphétamines	Pas d'usage / usage simple	99% (415)
	Usage abusif	1% (3)
	Pas de dépendance	
Opiacés	Pas d'usage / usage simple	99% (415)
	Usage abusif	1% (3)
	Pas de dépendance	
Solvants	Pas d'usage / usage simple	100% (416)
	Usage abusif	< 1% (2)
	Pas de dépendance	
Hallucinogènes	Pas d'usage / usage simple	100% (417)
	Usage abusif	< 1% (1)
	Pas de dépendance	