

Travail de Bachelor
L'addiction aux opioïdes chez des patients souffrant de
douleur chronique
Revue de la littérature

Réalisé par : Ornella Bitz

Promotion : Bachelor 18

Sous la direction de : Aziz Salamat

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

Résumé

Contexte : La consommation abusive d'opioïdes représente de nos jours un problème majeur avec des conséquences qui peuvent être lourdes. Lorsque des patients présentent des douleurs chroniques et consomment des opioïdes, les infirmières¹ jouent un rôle important dans la détection de facteurs de risque et la mise en place de pratiques d'atténuation des risques de dépendance.

Objectif : Cette revue de la littérature a pour but de mettre en évidence le rôle et la contribution infirmière quant aux besoins d'accompagnement des patients souffrant de douleurs chroniques et de consommation abusive d'opioïdes.

Méthodologie : Les six études analysées ont été publiées entre 2015 et 2021 et proviennent des bases de données CINAHL, PubMed et EMBASE. Elles ont été sélectionnées à l'aide de mots-clés assemblés avec les opérateurs booléens « AND » et « NOT ». Le design des études est varié : qualitatif (3), mixte (1), quantitatif (2).

Résultats : Ils ont été répartis en deux axes : les lacunes des infirmières concernant l'évaluation de la douleur et les connaissances des traitements et des facteurs de risque.

Discussion : Les recherches relèvent l'importance d'approfondir les connaissances infirmières et de mettre en place des moyens pour prévenir le risque d'addiction.

Conclusion : Ce travail met en évidence la problématique du manque de connaissances des infirmières pour la prise en charge de patients souffrant de consommation abusive d'opioïdes et de douleur chronique. Il cible les facteurs de risque susceptibles de favoriser une dépendance et les facteurs de protection qui peuvent être mis en place.

Mots-clés : douleur chronique, addiction aux opioïdes, interventions infirmières, connaissances infirmières, facteurs de protection, facteurs de risque

¹ Le terme « infirmière » est au féminin dans ce travail pour faciliter la compréhension, mais il comprend également le masculin.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail et plus particulièrement :

Monsieur Salamat Aziz, professeur associé HES-SO en Soins infirmiers et directeur de mon Travail de Bachelor, pour son professionnalisme, ses conseils, son engagement et sa bienveillance.

Madame Anne Fournier, écrivaine publique, pour avoir porté un regard professionnel sur mes écrits.

Mes proches, pour leurs encouragements et leur soutien indéfectible.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais-Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

Signature

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche	3
1.3	But de la recherche	3
2	Cadre théorique.....	4
2.1	L'addiction	4
2.1.1	Addiction et dépendance.....	4
2.1.2	La prévention des addictions	5
2.2	Les opioïdes.....	7
2.2.1	Utilisation des opioïdes	7
2.2.2	L'addiction aux opioïdes.....	9
2.3	Douleur chronique.....	10
2.3.1	La douleur aiguë	11
2.3.2	Interventions infirmières pour pallier les douleurs chroniques	12
2.3.3	Les moyens pharmacologiques	12
2.3.4	Les moyens non pharmacologiques	13
3	Méthode	14
3.1	Devis de recherche	14
3.2	Collecte des données.....	14
3.3	Sélection des données.....	16
3.4	Considérations éthiques.....	16
3.5	Analyse des données.....	16
4	Résultats	18
4.1	Étude 1.....	18
4.1.1	Analyse descriptive	18
4.1.2	Analyse de la validité méthodologique.....	20
4.1.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	21
4.2	Étude 2.....	21
4.2.1	Analyse descriptive	21
4.2.2	Analyse de la validité méthodologique.....	23
4.2.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	23
4.3	Étude 3.....	24

4.3.1	Analyse descriptive	24
4.3.2	Analyse de la validité méthodologique.....	25
4.3.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	26
4.4	Étude 4.....	27
4.4.1	Analyse descriptive	27
4.4.2	Analyse de la validité méthodologique.....	28
4.4.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	29
4.5	Étude 5.....	30
4.5.1	Analyse descriptive	30
4.5.2	Analyse de la validité méthodologique.....	31
4.5.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	32
4.6	Étude 6.....	32
4.6.1	Analyse descriptive	32
4.6.2	Analyse de la validité méthodologique.....	34
4.6.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	34
4.7	Synthèse des principaux résultats	35
5	Discussion	37
5.1	Discussion des résultats	37
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	39
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	40
6	Conclusions.....	41
6.1	Propositions pour la pratique	41
6.2	Propositions pour la formation	42
6.3	Propositions pour la recherche	43
7	Références bibliographiques.....	44
	Annexe I : Tableaux de recension des études.....	I
	Annexe II : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	VII
	Annexe III : Pyramide de preuve	VIII
	Annexe IV : Glossaire général	VIII
	Annexe V : Glossaire méthodologique	X

Liste des abréviations

Cette liste alphabétique développe toutes les abréviations présentes de l'introduction à la fin de la conclusion de ce travail de Bachelor.

AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
BDI	Beck Depression Inventory
BPI	Brief Pain Inventory
CAIPEC	Central Appalachia Interprofessional Pain Education Collaborative
CAS	Certificat of Advanced Studies
CIM-10	Classification internationale des maladies
CTD	Centre de traitement de la douleur
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
FORDD	Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances
GREAA	Groupement romand d'études des addictions
HAS	Haute autorité de santé
HEdS	Haute école de santé
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IASP	International Association for the Study of Pain
INCB	International Narcotics Control Board
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORT	Opioid Risk Tool
SFEDT	Société française d'étude et de traitement de la douleur

1 Introduction

La prescription d'antalgie est très courante, voire effectuée d'office pour certaines pathologies chroniques. Le risque d'addiction à ces médicaments est quant à lui rarement expliqué, et pourtant il n'est pas négligeable. Les personnes concernées disposent enfin d'une solution afin de pallier leur douleur grâce à ces traitements opioïdes et retrouvent pendant quelques heures une vie sans contraintes.

Ce sujet a été approfondi surtout aux États-Unis durant les années 2000 suite à la crise des opioïdes. Il est intéressant de le développer dans le cadre de ce travail de Bachelor pour qu'à l'avenir, il soit possible de mieux appréhender cette problématique. Ce travail est composé en six parties : l'introduction avec la problématique, le cadre théorique**, la méthodologie, les résultats, la discussion et pour terminer la conclusion.

1.1 Problématique

La douleur chronique a un impact sur le plan biologique, psychologique et social. Les états chroniques de douleurs sont souvent difficiles à comprendre pour les proches. Ces derniers sont en première ligne face à l'irritabilité, l'humeur dépressive ou le manque d'intérêt de la personne malade. Ces répercussions affectent son environnement social et professionnel. Les patients souffrant de douleurs chroniques se distancient souvent de leur vie sociale. Leur seul centre d'attention devient leur corps et leur douleur (Sojer, 2020).

Dans le monde, la douleur chronique touche environ 20% de la population. Une personne sur cinq se rend chez son médecin pour un examen d'investigation d'une douleur. C'est le premier motif de consultation dans les services d'urgences ou chez les médecins généralistes. En France, plus de dix millions de personnes en souffrent. En Suisse, en 2005, un patient sur six souffrait de douleurs chroniques (International Association for the Study of Pain [IASP], 2018).

En France, 60% des personnes souffrant de douleurs chroniques sont moins aptes ou incapables de travailler et 70% montrent des répercussions au niveau psychosocial. Les patients présentent des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, de l'anxiété, une dépression. Ces complications de santé ont des conséquences au niveau individuel et socioéconomique. Mais l'amélioration de leur qualité de vie demeure possible. Pour cela, il faut opter pour une prise en charge globale qui prenne en compte plusieurs approches : médicamenteuse, physique, psychologique et sociale (Institut analgesia, 2016).

La consommation d'opioïdes est un problème de santé publique. À l'échelle mondiale, en 2018, environ 269 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans ont déclaré avoir consommée des drogues au moins une fois dans leur vie. Il s'agissait d'opioïdes pour 58 millions d'entre elles. Plus de la moitié souffrait déjà de troubles liés à la consommation de drogue. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ 115 000 personnes sont décédées d'une surdose d'opioïdes en 2017. Seulement 10% des patients souffrant de trouble de l'usage des opioïdes suivaient un traitement pour traiter leur dépendance et réduire le risque de surdose (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2020).

En 1995, l'oxycontin® a fait son apparition sur le marché. Elle était proposée pour pallier les douleurs sévères, mais également celles liées au cancer et un large panel d'autres douleurs. À partir de cette période, le taux de prescription d'opioïdes a fortement augmenté. L'entreprise pharmaceutique Purdue Pharma, qui est à l'origine de la création de l'oxycontin®, n'a à aucun moment parlé de la dangerosité de ce produit (Kidd et al., 2020).

Les États-Unis traversent une grave crise liée à la consommation d'opioïdes. Le nombre de décès et de personnes dépendantes est particulièrement important. En 2013, environ 1,9 million de personnes étaient dépendantes. Entre 3 et 4% des habitants disposent d'une ordonnance à long terme. L'augmentation des prescriptions et le risque d'overdose ne concernent pas uniquement les États-Unis, mais tous les pays. Cependant, le risque d'arriver à une généralisation aussi importante de cet usage reste nettement plus faible ailleurs (Sereni, 2019).

En Europe, les conditions de prescriptions sont différentes qu'aux États-Unis. Toutefois, la question d'une éventuelle surconsommation d'opioïdes se pose tout de même. L'Angleterre, entre 2005 et 2009, a vu le nombre de décès liés à la méthadone® et à la codéine® doubler. L'Allemagne, entre 2000 et 2010, a également subi une augmentation de 37% du nombre de patients recevant un traitement à base d'opioïdes (Ruchat et al., 2018).

En Suisse, l'usage de ces médicaments n'est de loin pas aussi répandu qu'aux États-Unis. En 2018, on comptait 16 708 personnes sous traitement de méthadone®, buprénorphine®, morphine® ou oxycodone® (Addiction Suisse, 2020).

Selon l'étude de Ruchat et al. (2018), une évolution de la consommation d'opioïdes est toutefois présente en Suisse. Les résultats se basent sur les données de l'International Narcotics Control Board (INCB). La Suisse est le septième consommateur d'opioïdes mondial par habitant. La prescription des opioïdes forts a augmenté de 12% par an en Suisse entre 1985 et 2015 (Ruchat et al., 2018 ; International Narcotics Control Board [INCB], 2021).

En Valais, nous possédons deux structures spécialisées traitant la douleur. Elles se situent à Brigue et à Martigny. Sur le site du Haut-Valais, un programme de traitement de la douleur en milieu hospitalier est proposé. Une équipe interdisciplinaire multimodale de traitement de la douleur a été mise en place. Elle se compose de thérapeutes, de psychologues et de physiothérapeutes. Ils peuvent également faire appel à d'autres disciplines (chirurgiens orthopédistes, neurologues, etc.) en cas de doutes. Dans 80% des cas, la douleur est traitée avec succès et les objectifs sont atteints. Dans le Bas-Valais, le centre de traitement de la douleur (CTD) offre aux patients un plan de traitement personnalisé. On y traite tous les types de douleurs chroniques (Hôpital du Valais, 2014).

1.2 Question de recherche

Pour donner suite à ces différentes notions, la question de recherche suivante a été élaborée :

Quelles sont les interventions infirmières mises en place pour prévenir la dépendance aux opioïdes chez des adultes (de 18 à 64 ans) souffrant de douleurs chroniques ?

1.3 But de la recherche

Les objectifs de cette revue de la littérature sont les suivants :

- Analyser les facteurs de risque pouvant amener à la dépendance chez des personnes ayant des douleurs chroniques
- Identifier les risques d'addiction aux opioïdes
- Identifier le rôle infirmier pour prévenir le risque d'addiction
- Identifier les alternatives non médicamenteuses pour pallier les douleurs chroniques

2 Cadre théorique

Dans ce chapitre, trois concepts centraux seront définis afin de permettre une meilleure compréhension des composantes de cette revue de la littérature. En premier lieu, l'addiction et la dépendance, illustrée à l'aide du modèle biologique, psychologique et social des causes de l'addiction selon Stigler et Blum. Ensuite, le sujet des opioïdes sera approfondi. Pour finir, une définition complète de la douleur chronique sera présentée. Ces concepts seront mis en lien avec les interventions infirmières proposées.

2.1 L'addiction

2.1.1 Addiction et dépendance

Les termes addiction et dépendance sont souvent utilisés comme synonymes, mais ce sont deux phénomènes distincts qui n'ont pas le même mode d'action sur le cerveau. Ces deux manifestations peuvent exister l'une sans l'autre ou être présentes de façon concomitante. La dépendance produit un phénomène de tolérance qui peut se manifester par une baisse de l'effet du produit, et donc une augmentation des doses, ou par des symptômes de sevrage. Elle touche toute personne qui reçoit une prescription de morphine® : après une semaine de traitement, le processus de dépendance sera mis en place. Environ 20% des individus deviennent dépendants d'une substance addictive à la suite d'une consommation. Tandis que dans l'addiction, les neurones ne sont pas détruits, ce sont eux qui provoquent cette consommation excessive et non raisonnée. Les opioïdes peuvent entraîner à la fois une dépendance et une addiction sans présenter une tolérance au syndrome de sevrage. Il est cependant possible d'établir une différence entre une substance susceptible de créer une dépendance et une substance addictive où la dopamine* sera libérée en excès (Collège romand de la médecine de l'addiction, 2009 ; Zullino, 2016 ; Lüscher & Pascoli, 2018).

L'addiction est une maladie psychiatrique chronique qui se manifeste par un besoin irrépressible de consommer une substance en dépit de ses répercussions néfastes sur la santé ou la vie sociale. Une rechute est possible même après des années d'abstinence. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) considère l'addiction comme un trouble mental aux multiples formes. Elle se développe avec le glissement de comportements sous le contrôle de décisions conscientes vers des attitudes automatisées et compulsives. C'est une maladie liée à la mise en place de processus d'apprentissage pathologiques. Pour la contrôler, il est primordial d'identifier les mécanismes neurobiologiques qui y sont impliqués. Le processus de l'addiction produit une activation

des circuits de récompenses du cerveau. Les substances addictives provoquent une augmentation de l'activité des neurones dopaminergiques mésolimbiques* et une libération beaucoup plus élevée du taux de dopamine dans le système de récompense*. Ce taux génère un signal d'apprentissage puissant. Chaque administration provoque des altérations au niveau des circuits de la récompense, ce qui entraîne des modifications du comportement, de la cellule, de la molécule, dans l'expression des gènes et au niveau synaptique (Collège romand de la médecine de l'addiction, 2009 ; Maldonado, 2010 ; Groupement romand d'études des addictions [GREAA], 2018a ; Tassin, 2008).

Dans la classification internationale des maladies (CIM 10), les professionnels parlent de syndrome de dépendance. Il est défini comme étant un ensemble de manifestations comportementales, cognitives et physiologiques. Lors de la consommation de ces substances psychoactives spécifique, la personne manifeste un désinvestissement progressif pour ses autres centres d'intérêt. Cette description de la dépendance est applicable à l'ensemble des consommations (drogues, alcool, opioïdes, tabac), mais les symptômes varient selon le type. Selon l'OMS, la caractéristique principale du syndrome de dépendance comprend un désir puissant, voire compulsif, de consommer de l'alcool, du tabac ou d'ingérer une autre substance psychoactive. Il réapparaît rapidement lors d'une rechute (OMS, 2021a ; GREAA, 2018a).

Pour diagnostiquer une dépendance, au moins trois des manifestations suivantes doivent avoir été présentes chez la personne en même temps au cours de l'année. Elle a ressenti un désir puissant ou compulsif de consommer une substance psychoactive. Elle ne contrôle plus son utilisation de la substance. Elle développe un phénomène de tolérance en augmentant les dosages pour retrouver l'effet désiré. Elle manifeste un syndrome de sevrage lorsqu'on diminue ou arrête la consommation. Elle néglige ses autres intérêts et passe son temps à se procurer des substances psychoactives, à en consommer, ou à récupérer les effets désirés. La personne poursuit sa consommation malgré la manifestation et la prise de conscience des conséquences néfastes pour sa santé telles que des épisodes dépressifs ou une altération du fonctionnement cognitif (OMS, 2021a).

2.1.2 La prévention des addictions

Selon l'OMS, « la prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risques, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences » (1999). Le personnel soignant peut jouer un rôle important en mettant en garde les personnes qui consomment des opioïdes. La plupart des patients qui ont commencé un traitement à base

d'opioïdes n'étaient pas informés du risque d'addiction qu'ils couraient. Il existe trois formes de prévention qui sont centrées sur la personne. La prévention primaire consiste à diminuer l'apparition de la maladie en réduisant les facteurs de risques et en adoptant des comportements adéquats pour notre santé. La prévention secondaire permet de diminuer la prévalence d'une pathologie. Les actions sont mises en place dès l'annonce du diagnostic pour éviter une progression. La prévention tertiaire concerne les personnes souffrant déjà d'une maladie. Elle permet d'éviter les rechutes et de diminuer les complications, mais également de maintenir un état de santé social, psychique et physique adéquat (Gardiol, 2020 ; OMS, 1999).

Dans le cas de l'addiction, il est primordial de centrer la prévention non seulement sur la personne, mais également sur le contexte. Dans ces cas, on parle d'une prévention structurelle. Son but principal est de diminuer les problèmes liés à la consommation de produits psychoactifs par le biais d'une réduction de l'offre et de la demande (Addiction Suisse, 2013b).

L'un des points prioritaires pour prévenir l'addiction est d'identifier les facteurs de risques et de protection du patient.

Les facteurs de risques de développer un comportement problématique peuvent être liés à la société (facilité de se procurer des substances), à la collectivité (influence des groupes d'amis), à l'école (échec scolaire), à la famille (problème d'addiction dans la famille, pas de liens entre les parents et l'enfant), au statut professionnel (échec, manque de stabilité) ou à la personne elle-même (difficultés à gérer ses émotions et ses comportements, facteurs de risques génétiques et vécu de violence ou d'abus). L'existence d'autres pathologies psychiatriques et l'âge du début de la consommation sont également des facteurs à prendre en compte (Addiction Suisse, 2013a).

Les facteurs de protection permettent de maintenir une bonne qualité de vie et un état de bien-être. Ils atténuent ou empêchent les facteurs de risque. Quelques facteurs de protection sont : une stabilité professionnelle et personnelle, des normes et des valeurs positives, des compétences cognitives, sociales et émotionnelles. Ces facteurs de risques et de protection concernent la personne, mais également son environnement et ils permettent de prévenir ou d'accentuer l'apparition d'une addiction. Le risque de développer un problème d'addiction est influencé par les ressources et les difficultés que rencontre la personne au niveau individuel et social (Addiction Suisse, 2013a).

Le modèle biologique, psychologique et social des causes de l'addiction selon Sting et Blum permet, à l'aide de trois composantes, de comprendre les facteurs qui ont pu mener à une

addiction. Tout d'abord, on a la substance. On doit connaître le type de consommation, son dosage, sa durée d'action, sa disponibilité et son accessibilité. Ensuite, la personne fait une anamnèse sur sa prédisposition génétique, son enfance, les facteurs liés à sa personnalité et son état physique. Cela permet de découvrir les attentes et le style de vie de la personne. Le dernier point est l'environnement. Il est partagé en deux sous-thèmes. D'une part, la société, le sentiment de la personne vis-à-vis des perspectives et des alternatives d'avenir, ses attitudes et ses représentations face à la consommation ou aux drogues, la compétitivité extrême et la socialisation spécifique au genre. D'autre part, l'entourage social, si la personne présente des antécédents familiaux liés aux problèmes d'addiction ou une situation fragile avec des expériences de vie difficiles. Ou si elle présente des problèmes de personnalité (difficultés à appartenir à des groupes d'amis, relations amicales et amoureuses conflictuelles) (Addiction Suisse, 2013a).

2.2 Les opioïdes

2.2.1 Utilisation des opioïdes

L'opium est utilisé depuis des siècles pour ses propriétés antalgiques. Durant le 16^e siècle, son utilisation médicinale s'est largement répandue en Europe. Depuis, il est employé quotidiennement dans le traitement de la douleur. L'opium est contenu dans une espèce particulière de pavot. Il présente une concentration alcaloïde* qui contient de la morphine ou de la codéine. Deux termes sont utilisés pour définir les substances dérivées de l'opium : les opiacées et les opioïdes. Les opioïdes tels que la morphine[®] et la codéine[®] sont des dérivés de l'opium. Ils sont extraits naturellement de la plante. Tandis que l'oxycodone[®] ou le tramadol[®] sont des substances synthétiques ayant des propriétés similaires, mais qui ne sont pas dérivées de l'opium. Ces deux catégories ont une action identique dans l'organisme (Sereni, 2019 ; GREA, 2018b).

Le système opioïde endogène est un des principaux systèmes du processus addictif. Il est primordial dans le contrôle physiologique des circuits cérébraux de la récompense. Ce système se compose de récepteurs opioïdes et de peptides opioïdes que l'on retrouve principalement dans le système nerveux central et dans plusieurs tissus périphériques. Mais surtout dans les structures cérébrales de la motivation et de la récompense comme l'aire tegmentale ventrale*, le noyau accumbens*, l'amygdale et le cortex (Maldonado, 2010 ; Granier, 2012).

Les substances exogènes d'un opiacé très puissant vont se fixer sur les mêmes récepteurs que les opioïdes endogènes. Les trois récepteurs opioïdes sont : mu, delta et kappa qui

sont distribués dans le système nerveux central. Les récepteurs opioïdes kappa ont un rôle opposé aux récepteurs mu et delta. Ces derniers produisent l'ouverture des canaux ioniques, ce qui permet de diminuer l'excitabilité des neurones et de provoquer l'effet euphorisant de la substance. Ils sont responsables du stress, du contrôle des émotions et de la douleur (Granier, 2012).

Les opioïdes, quand ils se lient à leurs récepteurs, induisent des effets inhibiteurs dans les voies nociceptives*. Leur consommation s'accompagne d'une sensation de bien-être qui sera amplifiée si le traitement est pris en intraveineuse. Ils peuvent provoquer un phénomène de tolérance qui occasionnera une désensibilisation des récepteurs, ce qui va induire une augmentation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens. Cela permettra la communication au sein du système nerveux*. Cette délivrance aura une influence directe sur le comportement. Elle va provoquer du plaisir et contribuer à l'entretien de la consommation, donc à l'addiction (Tassin, 2007 ; Maldonado, 2010).

Notre corps synthétise naturellement des substances similaires aux opioïdes. Ce sont des peptides opioïdes endogènes, comme l'endorphine* et la dynorphine*, qui sont libérés par l'hypothalamus et l'hypophyse. Le rôle de ces molécules est de moduler les réactions aux stimuli douloureux, de réguler les fonctions vitales, de contrôler les émotions et de fournir une réponse immunitaire (Maldonado, 2010).

Les drogues ont différents modes d'action sur les récepteurs. Ils se distinguent en trois catégories par leur taux d'élévation de dopamine dans le cerveau. Certaines substances imitent les neuromédiateurs* naturels et ils les remplacent dans les récepteurs. La morphine produite naturellement par le cerveau se loge dans les récepteurs d'endorphine. D'autres auront un mode d'action qui augmente la sécrétion d'un neuromédiateur naturel, comme la cocaïne. Cette dernière élève le taux de dopamine dans la synapse*. L'ecstasy, pour sa part, provoque l'augmentation du taux de sérotonine et de dopamine. La dernière substance, bloque le neuromédiateur naturel (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2012 ; Tassin, 2008).

Les opioïdes provoquent de nombreux effets secondaires. Ils sont responsables de troubles cognitifs, de confusion mentale, d'hallucinations, de nausées, de constipations souvent importantes, de démangeaisons, de rétention urinaire et de sécheresse buccale. Les personnes âgées présentent un risque de chute et de dénutrition plus important. Cela induit des prolongations des durées d'hospitalisation. L'un des effets indésirables les plus graves est la dépression respiratoire plus connue sous le nom d'overdose. Cela se produit lorsque l'organisme a atteint sa dose limite. Des effets néfastes se déploient alors sur la région du

cerveau qui régule la respiration. Le cerveau ne détecte plus le taux de CO₂ dans le sang, ce qui entraîne une overdose. Les morphiniques diminuent les doses dépendantes de la réponse des centres respiratoires aux stimuli hypoxémiques* et hypercapniques*. Cela provoque une bradypnée* en déprimant les centres bulbaires*. D'autres effets indésirables sont moins connus : la perturbation des fonctions testiculaires chez l'homme, le déficit en testostérone avec des conséquences sur la sexualité, ou encore la dépression du système nerveux (Aubrun & Guen, 2009 ; Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2018).

Cette surdose va provoquer divers symptômes. Les trois manifestations prioritaires à observer sont un myosis*, une dépression respiratoire et des troubles ou une perte de conscience. Les symptômes pouvant s'ajouter sont une hypotension artérielle, une bradycardie* sinusale, des convulsions, des crampes musculaires et une aréflexie*. Ils peuvent évoluer vers un œdème pulmonaire et le coma. Dans les cas extrêmes, cela peut aller jusqu'au décès (OMS, 2020).

La naloxone® est l'antidote utilisé en cas d'overdose. Permettant d'arrêter les effets secondaires du surdosage d'opioïdes et de réguler la respiration, il stoppe l'action des opioïdes déjà fixés sur les récepteurs. Après le traitement d'une intoxication aux opioïdes et une fois l'effet de la naloxone® passé, les patients sont exposés à un risque encore plus grand d'overdose, en raison du besoin irrépressible de substance déclenché par la naloxone®. Cet antidote devient disponible dans plusieurs pays comme l'Australie, le Canada ou l'Italie sans ordonnance médicale (OMS, 2020).

Les symptômes d'un syndrome de sevrage peuvent se manifester après l'arrêt ou la diminution de consommation des opioïdes. La personne peut présenter de l'anxiété, de la dysphorie*, être irritable, avoir des insomnies, des spasmes, des douleurs, une rhinorrhée*, présenter des sudations ou des larmes et des tremblements avec une pilorection*. Sur le plan clinique, elle peut exposer une tachycardie* et une hypertension. Une inappétence avec des nausées, vomissements ou diarrhées peuvent amener à long terme à une anorexie. Les manifestations cliniques débutent environ six heures après le sevrage et un pic apparaît au bout de 24 à 32 heures. La durée de ce syndrome peut varier de sept à dix jours (OMS, 2021b).

2.2.2 L'addiction aux opioïdes

Le risque de développer une dépendance découle d'une part de l'environnement et d'autre part de facteurs génétiques. C'est pourquoi le Dr Lynn Webster a mis en place un outil : Risk Tool (ORT). Ce questionnaire détecte les personnes les plus susceptibles de

développer une dépendance, à l'aide de onze questions portant sur les antécédents familiaux et personnels par rapport aux addictions aux drogues ou à l'alcool, ou aux abus de prescriptions médicales. Ce test ne permet pas de poser un diagnostic, mais d'orienter le personnel soignant vers un risque de dépendance si le patient débute une consommation d'opioïdes sans un suivi accru (Lynn, 2021). Un second questionnaire est utilisé par les professionnels de la santé pour déterminer le degré de surveillance nécessaire par un patient sous opioïdes à long terme. C'est le questionnaire Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain-Revised (SOAPP®-R), composé de 24 questions sous forme d'échelle de Likert** (PainEDU, 2016).

Pour les patients présentant un risque accru d'addiction, une consultation psychologique ou psychiatrique est recommandée avant et pendant la médication. Les médecins limitent les quantités prescrites et débutent avec des préparations à base d'opioïdes qui agissent lentement avec des effets retardés. Un contrôle régulier des effets potentiels doit aller au-delà du soulagement des douleurs, en notant par exemple une amélioration de l'humeur ou une sensation de bien-être qui pousserait le patient à accentuer la consommation et mener à une dépendance (Praticien addiction suisse, 2020).

Différents signes alarmants peuvent montrer une addiction naissante aux opioïdes. La personne ressent une réduction de l'effet antalgique et une augmentation des effets secondaires du traitement. Elle augmente de son propre gré ses prescriptions. Elle exprime une volonté de prendre des opioïdes à durée d'action courte et perd régulièrement ses ordonnances. Les oublis de rendez-vous ou les changements fréquents de médecin sont présents lors d'une surconsommation d'opioïdes, car cela permet à la personne d'obtenir plusieurs ordonnances de médecins différents. Lorsqu'une addiction aux opioïdes se développe, il convient tout d'abord de réduire progressivement le dosage. Puis de mettre en place un soutien psychologique prenant en compte la gestion de la douleur selon le modèle biologique, psychologique et social. En cas de besoin, il est utile d'instaurer conjointement des traitements médicamenteux alternatifs tels que des antidépresseurs ou des stabilisateurs de l'humeur (Praticien addiction suisse, 2020).

2.3 Douleur chronique

La douleur chronique touche environ 20% de la population mondiale. Elle se définit comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée ou non à des lésions tissulaires réelles ou potentielles. C'est une douleur qui persiste ou réapparaît pendant plus de trois à six mois. Souvent, la douleur sert de symptôme annonciateur d'un problème médical ou d'une blessure. Cependant, elle peut persister malgré la prise en charge réussie

de l'affection qui l'a initialement provoquée, ou parce qu'aucun traitement ne peut le soulager entièrement. Cette douleur devient souvent le seul ou le principal problème clinique chez certains patients (IASP, 2019).

L'OMS et l'IASP ont proposé de partager la douleur chronique en deux sous-thèmes. La douleur chronique primaire, qui prend en compte le côté de la maladie. Elle est définie comme une douleur située dans une ou plusieurs régions qui persiste ou revient pendant plus de trois mois. Elle est associée à une détresse émotionnelle ou une incapacité fonctionnelle significative. La douleur chronique secondaire est un symptôme d'une maladie ou pathologie sous-jacente. Les douleurs chroniques sont classées en six catégories : cancéreuses, neuropathiques, viscérales, orofaciales* ou céphalées, musculo-squelettiques (dues à une inflammation) et postchirurgicales ou posttraumatiques. (Allaz & Suter, 2019).

Les douleurs chroniques sont classées selon leurs mécanismes distincts en quatre groupes. Tout d'abord, les douleurs nociceptives sont déclenchées par l'activation des nocicepteurs. Elles correspondent à une atteinte tissulaire locale, mécanique ou/et inflammatoire. Ces douleurs peuvent être causées par une arthrose, une polyarthrite rhumatoïde ou des atteintes cancéreuses. Pour leur part, les douleurs neuropathiques sont dues à une lésion du système nerveux périphérique (section d'un nerf, neuropathie diabétique) ou central (traumatisme de la moelle épinière, hernie discale). Dans certains cas, on retrouve des douleurs mixtes qui associent les composantes nociceptives et neuropathiques. Pour finir, il convient de mentionner les douleurs dysfonctionnelles caractérisées par une perturbation de la modulation de la douleur, au niveau cérébral et/ou périphérique, ainsi que les douleurs que l'on n'arrive pas à classer dans les deux premières catégories (Société française d'étude et de traitement de la douleur, 2017).

2.3.1 La douleur aiguë

La douleur aiguë, quant à elle, est souvent unifactorielle. Elle est décrite comme résultant d'une lésion tissulaire soudaine. Cette douleur peut être un signal d'alarme vers le cerveau visant à la sauvegarde de l'intégrité de l'organisme. La prise en soins de la douleur chronique et aiguë n'est pas similaire. Dans la plupart des cas, la douleur aiguë disparaît lorsqu'un traitement antalgique est mis en place (Pautex, 2017).

2.3.2 Interventions infirmières pour pallier les douleurs chroniques

La douleur est une expérience multidimensionnelle. Sa prise en charge est très complexe. Elle doit prendre en compte plusieurs champs tels que son intensité, sa cause, le contexte psychologique et social, son mécanisme et l'impact de cette souffrance sur le mode de vie. Le vécu que la personne a eu avec sa douleur est également un élément très important. On identifie quatre composantes de la douleur. La première est sensitivo-discriminative ; elle définit le ressenti physique avec une description complète de la douleur (type, durée, intensité, localisation). La deuxième comprend le point de vue émotionnel qui détermine le ressenti de la douleur sur l'affect et l'humeur de la personne. Cela se manifeste par des états émotionnels tels que l'anxiété, l'angoisse, la dépression, la gêne. Le troisième point est l'aspect cognitif, qui permet de définir la douleur, sa signification, son sens et les causes. Le dernier point pris en compte lors de cette évaluation se situe sur le plan comportemental ; il regroupe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales (des cris, des plaintes, des postures antalgiques et de l'agitation) (SFEDT, 2017).

Le traitement de premier choix sera soit médicamenteux soit sans médication. Dans un second temps, une approche psychologique sera mise en place. Les personnes souffrant de douleur chronique se sentent souvent incomprises et seules avec leur souffrance. De plus, avoir un affect ou un ressenti négatif peut accentuer les douleurs. La dernière approche consiste à prendre en considération les ressources personnelles de la personne, les activités qui lui permettront de se décentrer de ses souffrances. Lorsque ces multiples traitements s'avèrent inefficaces ou pas assez convaincants, on peut envisager un traitement neurochirurgical comme la neurostimulation. Cela consiste à envoyer une stimulation électrique aux structures nerveuses. Il en existe trois types. La stimulation médullaire applique des stimuli électriques au niveau de la moelle épinière, ce qui interrompt ou diminue la diffusion de la douleur dans le cerveau. La stimulation cérébrale, quant à elle, stimule les nerfs occipitaux ou le cerveau à l'aide d'électrodes et/ou d'un neurostimulateur. La stimulation des nerfs périphériques est pour sa part indiquée lors de douleurs de la face ou de céphalées. Il existe également d'autres traitements chirurgicaux tels que l'interruption des voies empruntées par la douleur ou la décompression d'un nerf (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 2019).

2.3.3 Les moyens pharmacologiques

Le traitement de premier choix sera l'utilisation d'analgésiques qui permettra d'atténuer ou de supprimer la douleur. S'y ajoute l'emploi de co-analgésique. Selon le type de douleur, des antiépileptiques, des myorelaxants ou des cannabinoïdes*, des anxiolytiques, des

corticoïdes, des antispasmodiques, des antidépresseurs tricycliques ou sérotoninergiques, des neuroleptiques ou des anticholinergiques s'associent au traitement de base pour traiter un problème plus spécifique (HUG, 2017 ; Allaz & Suter, 2019).

Pour pallier les douleurs nociceptives et mixtes, il y a trois règles. La régularité de l'antalgie, une préférence pour la voie orale et l'utilisation des trois paliers du schéma thérapeutique mis en place par l'OMS. Le premier niveau concerne les douleurs faibles qui peuvent être traitées avec du paracétamol, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou des corticostéroïdes. Le second rang est occupé par les douleurs modérées dont le traitement principal sera des opioïdes faibles comme la codéine® ou le tramadol®. Les douleurs sévères se trouvent à la dernière place, la médication sera des opioïdes forts de type morphine®, fentanyl®, burphénorphine® ou oxycodone® qui sont des stupéfiants (HUG, 2017).

2.3.4 Les moyens non pharmacologiques

Les méthodes non pharmacologiques sont réparties en trois catégories. La première comprend les approches physiques et physiologiques avec l'utilisation d'électrothérapie, de cryothérapie, de massages, de l'acupressure*, de la réflexothérapie, de la physiothérapie et de l'ostéopathie. Le patient doit maintenir une activité physique. Il est primordial de l'encourager à en trouver une pour qu'il continue de se mobiliser au maximum. Des moyens physiologiques avec l'application de chaleur ou de froid, des positions antalgiques ou des tapis à champs de fleurs relèvent également de la première catégorie. Deuxièmement, les méthodes cognitivo-comportementales consistent à procurer un soutien psychologique avec des thérapies faisant appel au coping et au renforcement positif. Les approches complémentaires comprennent l'ensemble des approches psychothérapeutiques telles que la pleine conscience, l'hypnose, la réflexologie plantaire, la sophrologie, la relaxation. Ces différentes thérapies permettent une gestion émotionnelle et sensorielle des douleurs. Un soutien spirituel peut aussi constituer une ressource ; selon les croyances de la personne, faire appel à un aumônier peut être utile (Berlemont, 2017).

Les professionnels de la santé peuvent proposer aux patients d'assister aux groupes de parole mis en place. En Valais, il existe une association pour les personnes souffrant de douleur chronique. Ce groupe, Avadol, a pour but d'offrir un lieu d'écoute, de fournir des outils et des ressources aux personnes atteintes de douleurs chroniques. Cette association soutient et informe également les proches aidants (Avadol, 2021).

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Selon Fortin et Gagnon (2016), les recherches se basent sur les croyances et sur les postulats philosophiques qui guident le chercheur. Le paradigme** est « un modèle de référence fondamentale sur lequel s'appuient les chercheurs d'une discipline donnée pour orienter leur recherche selon l'orientation scientifique » (p.25). La recherche scientifique se fonde sur plusieurs paradigmes de recherche. Les deux principaux sont : le paradigme positiviste/post-positiviste et le paradigme interprétatif/constructiviste. La recherche quantitative** correspond au paradigme positiviste/postpositiviste. Pour les chercheurs, il existe une vérité et une connaissance objective sur le monde. Cette recherche vise à élaborer et vérifier des hypothèses**. Le post-positivisme reconnaît que toute observation est susceptible de donner lieu à une erreur et se fonde par conséquent sur des probabilités. Quant au paradigme naturaliste (interprétatif), il rejette le principe selon lequel il n'existe qu'une seule réalité. La recherche vise à comprendre la signification que les individus accordent à leur expérience. Ce paradigme est de nature qualitative**. Un troisième paradigme résulte de la combinaison des paradigmes positiviste/post-positiviste et interprétatif/constructiviste : le paradigme mixte ou pragmatique (Fortin & Gagnon, 2016).

En ce qui concerne cette revue de la littérature, les six études choisies sont de nature qualitative (3), quantitative (2) ou mixte (1). Le but de cette recherche est d'évaluer le risque de dépendances aux opioïdes chez des patients souffrant de douleurs chroniques et d'évaluer les interventions infirmières mises en place. Les études disciplinaires qui comprennent une infirmière sont au nombre de quatre. Les deux autres sont non-disciplinaires, ce qui permet d'avoir une vision pluridisciplinaire.

3.2 Collecte des données

La collecte des données** a été réalisée une première fois au mois de mai 2020. Elle a été reprise en septembre 2020 et s'est poursuivie jusqu'en mars 2021. Les bases de données examinées durant cette période sont les suivantes : CINAHL**, PubMed (Medline), Cochrane, Embase. Les recherches ciblées ont utilisé des descripteurs et des mots-clés en anglais tels que : chronic pain, chronic nonmalignant pain, pain management, opioid abuse, opioid addiction, opioid misuse, opiate addiction, acute pain, nurse, nurse prevention, nurse knowledge, nurse practice. Ils ont été combinés avec les opérateurs booléens « AND » et « NOT ». De plus, des filtres ont été utilisés pour affiner les recherches : les dates de publication de 2015 à aujourd'hui et, parfois, le « full text ».

Les tableaux suivants récapitulent les mots-clés ainsi que les opérateurs booléens employés pour chaque base de données**. Ce qui a conduit au nombre d'études retenues et trouvées pour cette revue de la littérature.

a) Base de données : CINHAL

	Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
S1	Chronic pain AND opioid abuse AND nurse	5	0
S2	Chronic pain AND opioid addiction NOT acute pain	52	2
S3	Chronic pain AND opioid addiction AND nurse	3	0
S4	Chronic pain AND opiate addiction AND nurse	3	0

b) Base de données : PubMed (Medline)

	Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
S1	Chronic pain AND opioid abuse AND nurse	43	3
S2	Chronic pain AND opioid addiction AND nurse prevention	27	2
S3	Chronic pain AND opioid addiction AND nurse	50	3
S4	Opioid missuse AND chronic pain AND nurse knowledge	13	1
S5	Pain management AND opioid addiction AND nurse	69	4

c) Base de données : Embase

	Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
S1	Chronic pain AND opiate addiction AND nurse NOT acute pain	6	0
S2	Chronic nonmalignant pain AND opiate addiction AND nurse practice	3	1

3.3 Sélection des données

Les études incluses dans cette revue de la littérature sont des recherches primaires et les deux tiers sont d'ordre disciplinaire. Elles doivent porter, afin d'être incluses dans l'analyse, sur les douleurs chroniques (> 3 mois), la consommation d'opioïdes à faible ou forte dose, et des patients d'âge adulte (≥ 18 ans). Elles doivent également concerner la qualité de vie et/ou le risque de dépendance et/ou les modes de prévention infirmière. Les études sélectionnées ont été publiées dans les cinq dernières années. Cependant, une étude de 2015 a été retenue pour cette revue de la littérature, car elle apportait des éléments intéressants sur les points de vue des infirmières dans cette analyse. De plus, c'est la seule étude qui a été menée en Europe. Les critères d'exclusion sont : les patients souffrant de douleur aiguë, ou cancéreuse, ou postopératoire, les patients en situation palliative et les mineurs. À la page suivante se trouve un tableau récapitulatif des six études retenues avec les informations suivantes : auteurs, titres, années de publication, bases de données et niveau de preuve. La crédibilité** des études choisies a été basée sur le tableau des niveaux de preuve se trouvant en annexe III. Il est proposé par la Haute autorité de santé (HAS) (Haute autorité de santé, 2013, p. 8). Tous les articles sont en anglais et ont été traduits grâce au logiciel Deepl, version 2.3.41773.

3.4 Considérations éthiques

Chacune des études sélectionnées a été approuvée par un comité éthique. De plus, un consentement** éclairé a dû être signé et l'anonymat a été garanti dans la plupart des études.

3.5 Analyse des données

Les études sont synthétisées dans les tableaux de recensions qui se trouvent en annexe I. Ces tableaux ont permis de classer les données de l'étude. Dans le chapitre suivant, elles sont décrites et analysées sous l'angle de leur pertinence clinique, de leur validité méthodologique et de leur utilité pour la pratique infirmière.

Pour certaines études, un index de qualité de soins a été utilisé afin d'effectuer une comparaison objective (Barber et al., 2017).

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
Étude 1	M. Gabrielle Pagé ; Hichem Saïdi ; Mark A. Ware ; Manon Choinière	Risk of Opioid Abuse and Biopsychosocial Characteristics Associated With This Risk Among Chronic Pain Patients Attending a Multidisciplinary Pain Treatment Facility	2016	CINHAL	IV
Étude 2	Kurt A Krokmyrdal ; Randi Andenæs	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study	2015	Medline (PubMed)	IV
Étude 3	Sahil Chaudhary ; Peggy Compton	Use of risk mitigation practices by family nurse practitioners prescribing opioids for the management of chronic nonmalignant pain	2017	Embase	IV
Étude 4	Roberto Cardarelli ; William Elder ; Sarah Weatherford ; Karen L. Roper ; Dana King, Charlotte Workman ; Kathryn Stewart ; Chong Kim ; William Betz	An examination of the perceived impact of a continuing interprofessional education experience on opiate prescribing practices	2018	CINHAL	II
Étude 5	S. Markocic, M. Humphries, K. Tarne, M. Watts, L. Collins	What are the risks and knowledge deficits for prescribing and administering opioids in the ward environment? A quality project on assessing and improving knowledge	2016	Medline (PubMed)	IV
Étude 6	Barbara St. Marie	The Experiences of Advanced Practice Nurses Caring for Patients with Substance Use Disorder and Chronic Pain	2016	Medline (PubMed)	IV

4 Résultats

4.1 Étude 1

Pagé, M. G., Saïdi, H., Ware, M. A., & Choinière, M. (2016). Risk of Opioid Abuse and Biopsychosocial Characteristics Associated With This Risk Among Chronic Pain Patients Attending a Multidisciplinary Pain Treatment Facility. *The Clinical Journal of Pain*, 32(10), 859-869. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000337>

4.1.1 Analyse descriptive

Cette étude descriptive quantitative** a été conduite dans la province de Québec, au Canada. Elle a été menée par le Registre Québec Douleur dans quatre centres d'expertises traitant cette affection. Cette étude avait pour objectif d'identifier les personnes souffrant de douleurs chroniques se rendant dans ces différents établissements afin d'éviter un usage abusif d'opioïdes. Elle a examiné les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent amener à une dépendance. Une comparaison des résultats a été effectuée six mois plus tard en fonction du risque de consommation excessive et du type de traitements.

L'échantillonnage non probabiliste** est accidentel**. Il a permis la constitution d'un échantillon** de 3040 patients, dont 56% étaient des femmes. L'âge moyen des sujets était de 53 ans. Tous les participants étaient inscrits au Registre Québec Douleur entre juillet 2012 et mai 2014. Les patients étaient âgés de 18 ans ou plus et devaient savoir parler et écrire l'anglais ou le français. Ces candidats recevaient un traitement multidisciplinaire de la douleur et devaient présenter des douleurs chroniques depuis plus de trois mois. Les personnes qui n'ont eu aucun changement sur leur traitement de base à la suite de l'entretien ont été exclues de cette étude. Le recrutement a été effectué par les professionnels de la santé des quatre centres d'expertise de la douleur.

La collecte de données a été réalisée sous forme de questionnaire à choix multiples. Les patients étaient recrutés avant leur première visite dans l'un des centres. Les participants ont été invités à répondre à six formulaires avant leur première visite et ont répété cette action six mois plus tard. Les questionnaires abordaient différents sujets : l'évaluation de l'intensité de la douleur selon le Brief Pain Inventory [BPI], l'impact de la douleur sur la qualité de vie, l'évaluation de la qualité du sommeil chez les patients souffrant de douleur chronique (chronic pain sleep index), l'évaluation des symptômes psychologiques et somatiques de la dépression (Beck Depression Inventory, [BDI], alpha de Cronbach = 0,89),

l'estimation de la qualité de vie liée à la santé physique et mentale et des questions sociodémographiques (âge, sexe, profession, état civil, consommation de drogues, alcool et cigarettes). Lors du premier entretien, l'infirmière a soumis les participants au questionnaire ORT qui est une échelle de dix points conçue pour évaluer le risque d'abus d'opioïdes.

Les analyses des données ont été séparées en trois objectifs. Le premier était de déterminer la proportion de nouveaux patients exposés au risque d'abus d'opioïdes. Des statistiques descriptives** telles que des tableaux de fréquences et des moyennes ont été utilisées pour décrire les caractéristiques des participants. Le test non paramétrique khi-deux** (χ^2) a permis d'examiner les différences en matière de risque d'abus d'opioïdes entre les patients prenant des opioïdes pour leur douleur et ceux n'en prenant pas au cours de l'étude. Selon les résultats de l'ORT, 13% des patients se trouvaient à des niveaux modérés et 5,7% à un niveau grave d'abus d'opioïdes. Plus de la moitié des patients (57,2%) ne recevaient pas de traitement d'opioïdes durant ces six mois, alors que 1139 patients (42,8%) étaient sous traitement. Le test khi-deux a montré des différences significatives (khi-deux = 24,6, $P < 0,001$) entre la prise d'opioïdes et la non-prise d'opioïdes au cours du suivi de six mois.

Le deuxième objectif porte sur les corrélations** entre les facteurs biopsychosociaux et le risque d'abus d'opioïdes. De multiples analyses bivariées** et univariées** ont été utilisées pour examiner ces associations. Les variables composant l'ORT et qui sont mesurées dans le Registre Québec Douleur (âge, sexe, dépression et consommation d'alcool et de drogues) n'ont pas été prises en compte dans ce modèle. Les variables indépendantes** présentant une association de $p < 0,20$ ont été saisies dans une analyse de régression** logistique binaire multivariable.

Le troisième objectif illustre les résultats pour les patients. Un modèle linéaire multivarié** a été utilisé pour examiner l'association du risque d'abus d'opioïdes, du traitement de la douleur par opioïdes, leurs interactions et la qualité de vie liée à la santé physique et mentale. Chacune de ces analyses a été effectuée en tenant compte de l'âge et du sexe. Les résultats indiquent que les patients qui présentaient un faible risque d'abus ne suivaient pas de traitement d'opioïdes et rapportaient des douleurs d'intensité mineure. Ces mêmes patients, mais prenant un traitement, ont présenté une diminution de leurs douleurs lors du suivi.

4.1.2 Analyse de la validité méthodologique

Selon la pyramide des preuves, le niveau de cette étude est IV. Cette étude descriptive quantitative implique un groupe de personnes exposées aux facteurs de risque d'abus d'opioïdes et les suit pendant une période déterminée. L'étude se concentre uniquement sur le risque d'abus qui a été mesuré grâce à l'échelle ORT, elle n'a pas évalué les comportements d'abus aux opioïdes. Toutes les personnes présentant un risque d'abus modéré à grave ne manifestent pas de comportement abusif, c'est pourquoi les résultats de cette étude exposent un taux plus élevé que dans la littérature. De plus, cette échelle n'a pas été conçue spécifiquement pour les douleurs chroniques.

Concernant la validité externe**, les chercheurs ont effectué une sélection homogène** en identifiant des participants consultant tous dans une des quatre cliniques de la douleur. Comme limite, les chercheurs relèvent que les sujets de cet échantillon fréquentaient un centre multidisciplinaire de la douleur de soins tertiaires. Ces participants souffraient de douleurs chroniques depuis des années. La plupart avaient essayé de nombreuses approches thérapeutiques dans le passé et une majorité prenait déjà un traitement contre la douleur lors de leur intégration dans le centre. Cette hétérogénéité dans le statut du traitement au début de l'étude pourrait expliquer le manque d'association entre l'intensité initiale de la douleur et le risque d'abus d'opioïdes. Cela provoquerait un biais de confusion** dans l'étude.

Concernant la validité interne**, les chercheurs ont utilisé le test khi-deux pour évaluer les différences de risque d'abus d'opioïdes chez des patients prenant ou non des opioïdes pour leur douleur pendant un minimum de six mois au cours du traitement dans le centre. Ils ont utilisé l'indice de Cronbach** pour évaluer l'efficacité de la traduction des items d'interférence de la douleur du BDI qui contient dix questions ; l'indice s'évalue à 0,89.

Les comités d'éthique de la recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal, du centre universitaire de santé de McGill, du centre hospitalier de l'université de Sherbrooke, Québec et de l'Hôtel-Dieu de Lévis ont approuvé le projet du Registre Québec Douleur. Les participants ont été invités à donner leur consentement éclairé par écrit pour que les informations recueillies dans le cadre du Registre Québec Douleur soient utilisées à des fins de recherche.

4.1.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude met en évidence qu'environ un patient sur cinq a été jugé à risque grave ou modéré d'abus d'opioïdes en se basant sur le questionnaire ORT. Les comorbidités psychiatriques, telles que la dépression, sont un facteur de risque d'abus d'opioïdes. L'impact de son état de santé mentale sur la qualité de vie rend une personne plus vulnérable. Le fait de fumer des cigarettes ou d'avoir consommé des drogues de rue au cours des douze derniers mois augmente le danger d'être exposé à un abus d'opioïdes modéré à grave. Le risque de développer une addiction est associé à plusieurs caractéristiques démographiques ou psychosociales telles que l'état civil, la durée de la douleur, la qualité de vie liée à la santé mentale et le tabagisme. Ces différents facteurs alarmants peuvent être identifiés en début de traitement grâce à l'échelle ORT.

Cette étude pourrait être utile pour la pratique professionnelle, car elle souligne l'importance d'évaluer le risque d'addiction aux opioïdes avant de débiter un tel traitement chez des patients souffrant de douleurs chroniques. De plus, un suivi régulier de ces personnes pourrait diminuer ce risque de dépendance. En conclusion, le fait de mettre en place une prévention avant le début du traitement et d'avoir un suivi régulier diminuerait les risques d'addiction chez des personnes susceptibles d'en développer une.

Cette étude pourrait être reproduite à une plus petite échelle dans un des centres du traitement de la douleur valaisan. L'évaluation de ces patients à l'aide de l'échelle ORT permettrait de déceler si le patient présente un risque d'abus d'opioïdes et à quel stade. De plus, il serait intéressant de demander au personnel soignant s'il est attentif aux facteurs de risque d'abus d'opioïdes dans le cadre de la prise en charge.

4.2 Étude 2

Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction : A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>

4.2.1 Analyse descriptive

Cette étude transversale** quantitative a été réalisée dans deux hôpitaux publics urbains de l'ouest de la Norvège. Cette étude pilote** avait pour objectif d'évaluer la compétence auto-perçue des infirmières en mesurant leurs connaissances sur la douleur, leurs

compétences à fournir une gestion de la douleur aux patients qui abusent des opioïdes et leurs sources d'informations.

L'échantillonnage était non probabiliste. Les participants ont été sélectionnés dans les services de médecine (37,7%) et d'orthopédie (63,5%) de l'hôpital. Les infirmières devaient avoir un diplôme et s'occuper de patients abusant d'opioïdes. L'échantillon était de 98 infirmières diplômées âgées de 22 à 54 ans. Le nombre d'années d'expérience variait de 0 à 27 ans avec une moyenne de cinq ans. Parmi les répondants, 69% avaient cinq ans ou moins d'expérience de travail avec des patients souffrant de dépendance aux opioïdes.

La collecte des données a été faite grâce à un questionnaire d'auto-évaluation des compétences composé de quatre parties. Ce questionnaire a été inspiré d'une précédente étude sur la prise en charge de la douleur néonatale. Ceci pourrait amener à un biais d'évaluation**, car ce sont deux populations opposées ; de plus, les nouveau-nés ne consommaient pas d'opioïdes.

Les résultats ont été divisés en quatre catégories. La première illustre les caractéristiques sociodémographiques des participantes. La deuxième consistait en une auto-évaluation de leurs compétences. On y apprend que 80% des infirmières reconnaissaient la douleur et 65% en évaluaient la cause. Par ailleurs, 88% affirmaient qu'elles n'avaient pas de connaissances suffisantes dans la prise en charge de patients souffrant de douleurs chroniques et de dépendances aux opioïdes. La troisième prenait en compte les compétences infirmières. Près de 62% des infirmières n'avaient pas confiance dans l'expérience de la douleur déclarée par les patients qui abusaient des opioïdes et 56% estimaient que les participants ne décrivaient pas honnêtement l'effet des analgésiques administrés. La quatrième correspondait aux sources de connaissances des infirmières. Elles considéraient l'expérience en milieu de travail et les collègues comme les principaux facteurs contribuant à leurs connaissances du traitement de la douleur. Des sources telles que leurs cours, les articles de recherche, la littérature et les protocoles de service ont été considérées comme des contributeurs mineurs.

En conclusion, une analyse de corrélation a été utilisée pour identifier toutes les relations entre l'expérience du personnel infirmier sur le lieu de travail et l'expérience avec les patients souffrant de dépendance aux opioïdes, afin de déterminer quels facteurs contribuaient le plus à la compétence. Il existe une forte corrélation entre l'expérience sur le lieu de travail et l'expérience avec des patients souffrant de dépendance aux opioïdes (corrélation de rang de Spearman [rs]** = 0-87).

4.2.2 Analyse de la validité méthodologique

Selon la pyramide des preuves, cette étude se situe au niveau IV. C'est une étude descriptive transversale. Grâce à la collecte des données, on a pu décrire les attitudes et les connaissances des infirmières.

Concernant la validité externe, les chercheurs ont effectué une sélection homogène en identifiant des participants travaillant dans les unités médicales et orthopédiques de deux hôpitaux publics de Norvège. Comme limite, les chercheurs ont relevé la petite taille de l'échantillon et le fait que les participantes avaient surtout de l'expérience dans les services de médecine et d'orthopédie. Cela entraînait un risque de biais de sélection**. Ces éléments ont une influence sur la validité externe : cette étude ne peut pas être représentative de l'ensemble des infirmières des hôpitaux somatiques.

Concernant la validité interne, les chercheurs ont utilisé l'analyse de fréquence, la somme des scores et la corrélation du rang de Spearman. Une analyse de régression a été effectuée pour déterminer quel facteur a le plus contribué à la compétence. À la fin de l'analyse, les échelles à cinq catégories ont été transformées en échelle de Likert. Le questionnaire utilisé pour la collecte des données n'a pas été validé ni testé par une méthode test-retest**.

Au niveau éthique, l'étude a été approuvée par l'autorité compétente en matière d'éthique et de gouvernance de la recherche qui autorise les projets de recherche en Norvège. Le questionnaire a été traité de manière anonyme.

4.2.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude montre que les infirmières n'ont pas les compétences nécessaires pour assurer la gestion de la douleur, et que par conséquent les patients ne bénéficient pas d'un traitement adéquat. Les principales lacunes se trouvent dans la difficulté à évaluer l'intensité et la cause de la douleur. De plus, la majorité des répondantes pensent que les patients souffrant de dépendance aux opioïdes exagèrent et déforment leur expérience de la douleur. Elles les trouvent malhonnêtes lorsqu'ils décrivent les effets des médicaments antidouleur. Ces pensées provoquent une attitude négative des infirmières envers leurs patients et induisent une moins bonne prise en charge. Un tiers des professionnelles pensent que les traitements opioïdes contribuent à la dépendance. Cette crainte empêche les participantes de fournir ce traitement à leurs patients.

Cette étude pourrait être utile pour la pratique professionnelle, car les résultats montrent l'importance, surtout pour les jeunes diplômées, de se référer plus aux sources littéraires qu'à l'expérience des collègues sur le lieu de travail. De plus, on remarque plus de lacunes chez les infirmières n'ayant participé à aucun cours sur le traitement de la douleur et de la toxicomanie, d'où l'importance d'instaurer ces cours dans les services.

Les résultats de cette étude menée en Norvège seraient transférables en Suisse et en Valais, l'indice d'accès et de qualité des soins de santé se trouvant à un niveau semblable. La Norvège a un indice de 90,5/100 et la Suisse de 91,8/100 (Barber et al., 2017).

En ce qui concerne la question de recherche de cette revue de la littérature, l'étude montre un manque de connaissances sur les patients souffrant de douleurs chroniques et d'abus d'opioïdes. Il est donc compliqué de mettre en place les interventions pour y remédier. Il faudrait d'abord que le personnel soignant parvienne à identifier la cause et l'intensité de la douleur chez ces patients.

4.3 Étude 3

Chaudhary, S., & Compton, P. (2017). Use of risk mitigation practices by family nurse practitioners prescribing opioids for the management of chronic nonmalignant pain. *Substance Abuse*, 38(1), 95-104. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1265038>

4.3.1 Analyse descriptive

Cette étude mixte** a été menée dans 38 États des États-Unis et dans le District de Columbia. Ce sont les seules régions à autoriser les infirmières praticiennes* à prescrire des opioïdes dans le pays. L'échantillon non probabiliste est par choix raisonné**. L'étude est composée d'un échantillon de 856 infirmières praticiennes suivant des étudiantes infirmières praticiennes dans un programme national d'études supérieures dans une université privée urbaine de taille moyenne. Parmi les 856 participants contactés pour participer à l'étude, seuls 168 ont répondu entièrement au questionnaire ; 87,5% étaient des femmes. L'échantillon était plutôt âgé : 78,0% des participants avaient entre 40 et 60 ans. En moyenne, les répondants avaient 12,7 ans d'expérience, avec un écart-type** de sept ans.

L'objectif de cette étude était de décrire les habitudes de prescription d'opioïdes des infirmières praticiennes et de déterminer la mesure dans laquelle ces infirmières appliquaient les pratiques recommandées d'atténuation des risques lorsqu'elles traitaient

des patients souffrant de douleurs chroniques non malignes. De plus, des corrélations démographiques des schémas de prescription d'opioïdes et d'utilisation des pratiques d'atténuation des risques ont été décrites par les infirmières praticiennes.

La collecte des données a été effectuée grâce à un programme d'enquête exclusif : Survey – Monkey. Les personnes ont été interrogées une seule fois à l'aide d'un questionnaire en ligne élaboré par l'enquêteur principal. Il a été approuvé par deux experts infirmiers praticiens. Les participants ont dû décrire leur pratique de prescriptions d'opioïdes en ce qui concerne la qualité et les types de médicaments. Une description des moyens de prévention et de surveillance des effets indésirables a également été demandée. Plus précisément, les participants ont été questionnés sur les cinq pratiques d'atténuation des risques : les contrats de traitements, la toxicologie urinaire, le programme de surveillance des prescriptions de l'État, les formulations dissuasives d'abus et les outils formels de dépistage des risques de mauvais usage, d'abus, de dépendance et d'overdose.

Environ la moitié des répondants (51,2%) ont affirmé qu'ils prescrivaient des opioïdes aux patients souffrant de douleur chronique non maligne ; 73,8% de ces personnes étaient âgées de 40 à 60 ans et avaient en moyenne treize années d'expérience. Dans 80,2% des cas, les opioïdes étaient prescrits pour des douleurs neuropathiques centrales ou pour de l'arthrose (55,8%). Les trois opioïdes les plus fréquemment prescrits étaient l'hydrocodone (77,9%), l'oxycodone (58,1%) et la codéine (26,7%).

En ce qui concerne l'utilisation des pratiques d'atténuation des risques par les infirmières praticiennes, la majorité utilisait le contrat de traitement. Seules 15,9% ont déclaré n'avoir jamais utilisé les pratiques d'atténuation des risques pour les patients souffrant de douleurs chroniques. Un nombre restreint de répondants (21,7%) utilisait des outils de dépistage. La majorité effectuait ces tests en fonction des antécédents médicaux du patient. Plus de la moitié des participants utilisait le programme de surveillance mis en place par l'État soit avant de commencer la médication soit pendant le traitement. Une minorité de personnes utilisait les tests toxicologiques urinaires, mais uniquement chez les patients présentant un risque.

4.3.2 Analyse de la validité méthodologique

L'étude se situe au niveau IV de la pyramide des preuves scientifiques. La méthode de recherche mixte se caractérise par la combinaison d'aspects des approches quantitatives et qualitatives dans une même étude (Fortin & Gagnon, 2016). Cependant, seul le recueil des données est effectué de manière quantitative. Les résultats sont de nature qualitative.

Concernant la transférabilité**, les chercheurs ont contacté des participantes infirmières praticiennes et en suivant des étudiantes dans un programme national d'études supérieures en soins infirmiers. Comme limite, ils relèvent qu'il est difficile de transférer ces résultats à l'ensemble de la population, car les répondants au sondage étaient des précepteurs cliniques dans un programme d'études supérieures en sciences infirmières, donc plus susceptibles de connaître la documentation actuelle et les lignes directrices fondées sur des données probantes en raison de leur rôle d'enseignants. Cela entraîne un risque de biais de sélection. Ces éléments ont une influence sur la transférabilité, car cette étude ne peut pas être représentative des infirmières n'ayant pas effectué de formation post-grade.

Concernant la crédibilité des résultats, le questionnaire en ligne a été élaboré par l'enquêteur principal et est basé sur des analyses d'utilisation des opioïdes pour le traitement de douleurs chroniques. Deux experts infirmiers diplômés en pratique avancée ont examiné et apporté des corrections au questionnaire. Les données ont été analysées de manière descriptive pour les variables** continues et catégorielles et rapportées sous forme de moyennes et de fréquences. Les corrélations entre les caractéristiques démographiques des répondants et leur utilisation de pratiques d'atténuation des risques spécifiques ont été évaluées par une analyse bivariée, des statistiques khi-deux et un test exact de Fisher**. L'analyse de variance** (ANOVA) a été effectuée pour évaluer le nombre d'années de pratique.

L'étude a été approuvée par le comité de révision institutionnel de l'université et le consentement éclairé a été obtenu par la participation au questionnaire en ligne. Les réponses des répondants sont restées anonymes grâce à des numéros d'identification.

4.3.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette enquête indiquent que 51% des infirmières praticiennes prescrivent des opioïdes pour gérer les douleurs chroniques non malignes. En ce qui concerne l'autre moitié, elles déclarent que malgré leur formation en pratique avancée, elles hésitent à fournir des opioïdes à leurs patients souffrant de douleurs chroniques non malignes. Elles attribuent cette hésitation à un manque de formation. Cela appuie l'importance de procurer davantage de formation continue.

Cette étude pourrait être utile pour la pratique professionnelle, car elle met en avant l'importance d'évaluer les risques avant et pendant un traitement à l'aide de plusieurs outils. Comme on a pu le voir dans cette étude, environ 40% des patients souffrant de douleurs chroniques et traités par des opioïdes n'ont jamais subi d'examen évaluant les risques de

dépendance. Un grand nombre de personnes sous traitement opioïde pourraient être à risque de mauvais usage, de dépendance, d'abus et d'overdose.

En Valais, cette étude ne pourrait pas être transposée au niveau infirmier, car les infirmières ne peuvent pas adresser d'ordonnances à leurs patients. Mais cet article permet aux infirmières de connaître les cinq pratiques d'atténuation des risques et de préconiser au médecin de les mettre en pratique. Comme on a pu le voir dans cette étude, les médecins n'ont souvent pas le temps d'effectuer tous les tests. Les infirmières pourraient les soulager pour cette tâche de dépistage.

4.4 Étude 4

Cardarelli, R., Elder, W., Weatherford, S., Roper, K. L., King, D., Workman, C., Stewart, K., Kim, C., & Betz, W. (2018). An examination of the perceived impact of a continuing interprofessional education experience on opiate prescribing practices. *Journal of interprofessional care*, 32(5), 556-565.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1452725>

4.4.1 Analyse descriptive

Cette étude qualitative quasi expérimentale** a été conduite lors de conférences au niveau de l'État dans les régions ciblées du Kentucky et de la Virginie occidentale aux États-Unis. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une approche éducative multimodale et interprofessionnelle visant à donner aux professionnels de la santé les moyens d'apporter des changements délibératifs, notamment dans les pratiques de prescriptions d'opioïdes.

Le Central Appalachia Interprofessional Pain Education Collaborative (CAIPEC) a ciblé les prestataires professionnels dans le domaine de la médecine de soins primaires et/ou impliqués dans les soins aux patients en milieu ambulatoire. Cela comprenait des infirmières, des professionnels de la santé comportementale/psychologique, des physiothérapeutes et des massothérapeutes. Ces populations ont été sélectionnées grâce aux efforts de diffusion de plusieurs partenaires. La collecte de données a été effectuée par transmission électronique et par impression de flyers.

L'échantillonnage non probabiliste et accidentel a permis la construction d'un échantillon de 949 participants qui ont accédé aux diverses activités telles que la table ronde, les conférences et les web-émissions. Les participants ont été interrogés par le coordinateur du programme et invités à remplir un questionnaire avant les activités éducatives. Il

concernait le profil de l'apprenant, sa confiance et ses connaissances. Puis, une évaluation après les activités contenait des questions sur sa confiance, ses connaissances et les impacts ou intentions de changer la pratique professionnelle. En outre, les participants ont été comparés à un groupe témoin de 54 médecins de famille qui n'ont pas participé à des activités éducatives du CAIPEC.

L'étude touchait un grand nombre de professionnels de la santé tels que des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières, des auxiliaires médicaux, des massothérapeutes, des physiothérapeutes, des psychologues et d'autres professionnels de la santé. On perçoit une variation des types de professionnels, selon les événements éducatifs. Les infirmières (38,1%), les infirmières praticiennes (31,2%) et les médecins (22,1%) étaient les groupes les plus importants concernant les web-émissions. Pour les conférences, les principaux participants étaient les médecins, dont la plupart étaient enregistrés auprès de la Drug Enforcement Agency des États-Unis. Environ 43% des médecins et 14,3% des infirmières praticiennes ont déclaré que 15 à 20% de leurs patients étaient pris en charge par des prestataires non-médecins tels que des kinésithérapeutes, des massothérapeutes, des chiropraticiens et/ou des spécialistes de la santé comportementale. Dans les participants de la table ronde, moins de 20% ne faisaient pas appel à des prestataires non-médecins pour la prise en charge des douleurs chroniques. Concernant les résultats sur l'intention de changer leur pratique à la suite de ces activités, plus de la moitié des participants envisageaient d'apporter des changements dans la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. Les principales modifications qu'ils comptaient apporter se situaient dans les domaines de la prise en charge des patients, la surveillance du traitement et l'évaluation des facteurs de risque de l'utilisation d'opioïdes. Ils portaient également sur l'éducation des patients concernant la douleur chronique et l'utilisation d'opioïdes. Aucune activité n'a provoqué un changement au niveau de la confiance, mais on remarque tout de même une meilleure confiance dans le questionnaire post-test chez les participants que dans le groupe témoin.

4.4.2 Analyse de la validité méthodologique

Selon la pyramide des preuves, cette étude se trouve au niveau II. Elle a été menée à l'aide d'un plan cas-témoin emboîté**. Deux groupes de participants ont été comparés à un groupe témoin n'ayant pas participé aux activités éducatives et à un groupe ayant participé. Par la suite, ils ont été comparés dans les résultats de l'étude, permettant de voir l'impact de cette formation.

Concernant la transférabilité, les chercheurs ont analysé les données à l'aide de tests de statistiques non paramétriques**. Les chiffres et les fréquences ont été utilisés pour évaluer le groupe de participants de chaque activité. Des moyennes et des pourcentages illustrent les résultats d'intention de changement de pratique. Le test U de Mann-Whitney** a été effectué afin de comparer les mesures de confiance et de connaissances avec le groupe témoin. L'impact (avant/après) des activités éducatives sur la confiance et les différences dans les pourcentages de réponses correctes à l'évaluation des connaissances a été évalué à l'aide du test de Wilcoxon**. Le niveau de signification des résultats a été évalué à 0,05. Les questionnaires d'évaluation concernant les connaissances, la confiance et l'intention de changer la pratique ont été développés sur la base d'instruments déjà testés précédemment dans la littérature.

Concernant la validité éthique, toutes les activités du CAIPEC ont été examinées par le comité d'examen institutionnel de chaque établissement principal, et une dérogation au consentement éclairé pour la collecte de données d'évaluation auprès des apprenants a été accordée.

4.4.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude montre l'importance des programmes de formation continue pour lutter contre l'épidémie actuelle de dépendance et de surdoses aux opioïdes. Ces activités fournissent aux professionnels des moyens d'opérer des changements dans leur prise en charge. L'étude met en avant les bienfaits des colloques pluridisciplinaires qui permettent d'apprendre de nouveaux moyens de prise en charge non pharmacologiques et d'échanger sur différentes méthodes avec les professionnels.

Cette étude pourrait être utile pour la pratique professionnelle, car elle montre l'impact de ces formations sur les personnes et leur motivation à changer leur mode de prise en charge après ces activités. Il faudrait par la suite effectuer une étude pour évaluer si ces changements ont été réellement mis en place par ces professionnels et pour mesurer l'effet de ces modifications.

En Valais, cette étude pourrait être reproduite en impliquant également plusieurs catégories de professionnels afin de connaître des avis divers et d'acquérir de nouvelles stratégies pour pallier les douleurs chroniques sans prise d'opioïdes.

4.5 Étude 5

Markocic, S., Humphries, M., Tarne, K., Watts, M., & Collins, L. (2016). What are the risks and knowledge deficits for prescribing and administering opioids in the ward environment? A quality project on assessing and improving knowledge. *Nurse Education in Practice*, 17, 182-187. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.011>

4.5.1 Analyse descriptive

Cette étude qualitative s'est déroulée dans un hôpital tertiaire de l'Illawarra en Australie. Son objectif était de mettre au point un programme de formation visant à combler les lacunes identifiées en matière de connaissances et d'évaluer l'impact de ce programme sur les connaissances relatives à la prescription et à l'administration d'opioïdes. Le but de l'étude était de développer une formation dirigée vers les déficits de connaissances identifiés. Ensuite, d'évaluer l'impact de ce programme d'éducation sur la connaissance de la prescription et de l'administration des opioïdes. Cette étude visait enfin à émettre des recommandations utiles pour les établissements locaux et potentiellement au-delà.

Un échantillonnage non probabiliste a été réalisé à partir d'un échantillon de commodité**. Il était composé de 45 infirmières diplômées et six médecins en formation dans trois services de chirurgie aiguë. Les infirmières avaient une expérience professionnelle allant du jeune diplômé à huit ans de pratique. Elles exerçaient dans les services de chirurgie notamment urologique, orthopédique ou colorectale. L'étude a obtenu un taux de réponse de 76%.

L'étude a consisté en un pré-test et un post-test de 15 minutes chacun. Le processus initial a examiné les pratiques actuelles de gestion de la douleur en identifiant les déficits de connaissances (pré-test). À la suite de ce test, les participants ont reçu un programme de formation de 45 minutes par une infirmière formatrice. Elle ciblait les questions en fonction des lacunes identifiées lors du premier test. Deux semaines après ce cours, les participants ont dû répondre au questionnaire post-test.

Ce questionnaire se composait de quatre catégories spécifiques qui comprenaient chacune cinq questions. Ces quatre sections abordaient les thèmes suivants. La première partie concernait la reconnaissance des patients à risque de toxicité d'addiction aux opioïdes. Elle évaluait les connaissances d'observation des signes et symptômes de l'addiction et la compréhension des patients les plus à risque de dépendance. Cette catégorie a eu le moins de réponses incorrectes lors des deux tests. Le deuxième thème abordé était le pouvoir

équianalgésique* et la conversion entre les différents opioïdes. C'est dans cette catégorie que les chercheurs ont trouvé le plus grand nombre de réponses incorrectes. Ils ont tout de même observé une amélioration de 24% après la formation. Le troisième sujet concernait la connaissance des médicaments. Il comprenait la dose, la demi-vie et les voies d'administration du traitement. Cette catégorie a eu le meilleur taux d'amélioration entre les deux questionnaires, soit 30%. Pour finir, la dernière catégorie portait sur l'importance de l'évaluation du patient avant la prescription et l'administration de l'opioïde. En résumé, lors du pré-test, le score moyen des connaissances générales était de 68%. Lors du post-test, on a atteint un score moyen de 89%.

4.5.2 Analyse de la validité méthodologique

Selon la pyramide des preuves, cette étude se trouve au niveau IV. Les chercheurs ont testé les infirmiers et les médecins lors de deux évaluations similaires et ont comparé les résultats avant et après le cours.

Concernant la crédibilité, les chercheurs ont effectué une sélection homogène en sélectionnant des infirmières diplômées et des médecins en formation dans des services de chirurgie aiguë. Malgré la petite taille de l'échantillon et le fait que l'étude a été réalisée dans un seul centre, les résultats concordent avec ceux de diverses études qui mettent en évidence les déficits de connaissances et d'attitudes en matière de gestion de la douleur. Il aurait été intéressant de connaître le point de vue des répondants sur le vécu de cette étude et leur appréciation.

Concernant la transférabilité, les résultats étaient ceux attendus par les chercheurs. De plus, plusieurs études ont obtenu les mêmes résultats que cette recherche. Toutes les analyses de données ont été effectuées à l'aide d'Excel Add, version 7. Les pourcentages et les fréquences ont été utilisés lorsque cela était nécessaire. Le questionnaire a été élaboré par le comité d'examen avec l'aide de professionnels de l'hôpital de district local. Ils ont pris en compte les principales lacunes et recommandations mises en évidence dans les cas de surdoses d'opioïdes de 2010 à 2011. Ils se sont également inspirés de questionnaires existants sur la connaissance et l'évaluation de la douleur.

Au niveau éthique, l'étude a été enregistrée en tant que projet de qualité auprès de l'unité de gouvernance clinique et répondait aux critères d'un projet de qualité tels que définis par la politique de santé de New South Wales. Le consentement était implicite si le professionnel de la santé choisissait de remplir le questionnaire. Les deux questionnaires ont été remplis de manière anonyme.

4.5.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude montrent une nette amélioration des résultats après la formation de 45 minutes. Grâce à cette étude, on peut voir qu'il existe des lacunes dans les connaissances des opioïdes aussi bien chez les infirmières que chez les médecins en formation. Les principales difficultés se situent dans les calculs de conversion, la prise en charge de la douleur liée au niveau de sédation et les dosages équivalents d'opioïdes.

Cette analyse expose l'importance d'une évaluation approfondie de la douleur, d'une connaissance des effets secondaires de ces traitements et de la capacité à reconnaître un patient qui présente un risque plus élevé d'addiction aux opioïdes. Elle met également l'accent sur l'importance de connaître le délai d'action des différents opioïdes, le délai d'obtention de l'effet maximal et la durée d'action. Cela permettrait d'améliorer l'évaluation de la réponse antalgique sur le patient.

Cette étude pourrait être utile pour la pratique professionnelle, car elle suggère la mise en place de cours de formation sur la prise d'opioïdes en cas de douleur chronique. En Valais, cette étude serait également réalisable avec la mise en place de questionnaires dans les services de chirurgie pour évaluer les connaissances des professionnels. Les bienfaits des logiciels éducatifs devraient être mis davantage en avant dans les services pour que les professionnels les utilisent plus fréquemment.

Par la suite, il serait intéressant d'effectuer une étude longitudinale** pour évaluer la durabilité et l'implication de cette formation dans la pratique.

Les résultats de cette étude menée en Australie seraient transférables en Suisse et en Valais, l'indice d'accès et de qualité des soins de santé se trouvant à un niveau semblable. L'Australie a un indice de 89,8/100 et la Suisse de 91,8/100 (Barber et al., 2017).

4.6 Étude 6

St Marie, B. (2016). The Experiences of Advanced Practice Nurses Caring for Patients with Substance Use Disorder and Chronic Pain. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 17(5), 311-321.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.06.001>

4.6.1 Analyse descriptive

Cette étude qualitative narrative a été menée dans le collège des soins infirmiers de l'université de l'Iowa. L'objectif de cette étude était d'examiner les expériences et les perceptions des infirmières en pratique avancée lors de la prise en charge de patients souffrant de troubles liés à la consommation et de douleur chronique coexistante. Cette étude visait à proposer des moyens pour mieux gérer la douleur et orienter les patients vers des initiatives éducatives.

L'échantillon non probabiliste était intentionnel. Il était composé de 20 infirmières en pratique avancée qui traitaient des patients souffrant de douleurs chroniques et de troubles liés à la consommation. Les participantes devaient être autorisées à traiter cette pathologie, que les patients soient en ambulatoire ou hospitalisés. Elles étaient qualifiées pour prescrire des opioïdes. Elles parlaient anglais et acceptaient d'être interviewées pendant 90 minutes. Les participantes ont été recrutées à l'aide d'une annonce placée sur la liste de diffusion de l'American Society for Pain Management Nursing.

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'entretiens téléphoniques semi-structurés de 90 minutes enregistrés sur bande sonore. Le guide d'entretien comprenait des questions ouvertes sur l'expérience et les prescriptions des infirmières auxiliaires.

Les résultats ont été séparés en trois thèmes. Le premier concernait le transfert des patients vers les infirmières praticiennes. De nombreux collègues n'étant pas spécialisés en douleur chronique n'osaient pas prescrire des opioïdes par manque de connaissances et par peur des répercussions sur le patient. De plus, un participant a mentionné le manque de personnel spécialiste en toxicomanie dans les milieux de soins. Le second était les obstacles liés à l'accès aux modalités non médicales pour traiter les douleurs chroniques. Les compagnies d'assurances prennent seulement en charge les traitements opioïdes pour pallier les douleurs. Certains patients ne veulent pas essayer de traitement non pharmacologique, car ils désirent une solution rapide et sans effort. Le dernier point prenait en compte le rôle des infirmières praticiennes dans la gestion de la douleur. Elles mettent l'accent sur l'éducation des patients dans leur prise en soins. Elles leur apprennent à prendre leurs traitements et les renseignent sur le type de surveillance, sur ce qui peut arriver si les dosages ne sont pas respectés et sur les méthodes non médicales nécessaires pour combler le traitement médicamenteux. Elles appliquent également les stratégies d'atténuation des risques pour assurer la sécurité du patient. Elles effectuent des dépistages avant et pendant le traitement à l'aide de l'échelle ORT que la plupart des participantes utilisent. Cette formation en pratique avancée a pour but d'apprendre à leurs

collègues à gérer la douleur tout en réduisant les risques pour les patients. Certains participants ont expliqué à quel point ils trouvaient importante la formation sur les stratégies d'évaluation d'atténuation des risques et ont estimé qu'elle devrait être obligatoire.

4.6.2 Analyse de la validité méthodologique

Concernant la crédibilité, les chercheurs ont effectué une sélection homogène en sélectionnant des infirmières de pratique avancée. Comme limite, les chercheurs ont relevé qu'il est difficile de transférer ces résultats à l'ensemble de la population, car les répondantes au sondage étaient des infirmières praticiennes et elles étaient membres actives d'une organisation de gestion de la douleur. Cela entraîne un risque de biais de sélection**. Ces éléments ont une influence sur la transférabilité, car cette étude ne peut pas être représentative des infirmières sans formation post-grade.

Concernant la transférabilité, les chercheurs expliquent en revanche que la rigueur scientifique a été établie par la fiabilité** et la validité**. La fiabilité est assurée par la stabilité des thèmes abordés par les participants et par l'absence de déclarations autocontradictaires dans le délai imparti. La validité repose sur l'apport de trois participantes qui ont toutes confirmé que les résultats de l'étude reflétaient leurs expériences pratiques. Grâce aux entretiens, on peut mieux comprendre les domaines et les dimensions du rôle des infirmières auxiliaires autorisées. L'analyse a permis de saisir les dimensions créées par l'interaction entre la douleur chronique et les troubles de l'humeur tels que perçus par les infirmières auxiliaires autorisées.

L'objectivité** des résultats est limitée, car il n'y a pas eu notion de triangulation** entre les chercheurs. Un seul chercheur est intervenu dans l'étude.

Selon la pyramide des preuves, cette étude qualitative narrative se trouve au niveau IV. Au niveau éthique, l'approbation du comité de révision institutionnel a été obtenue par l'université de l'Iowa.

4.6.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats de cette étude montrent l'importance d'une formation avancée pour prendre en charge ce type de patients. Une telle formation met en avant l'impact de la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné. Elle permet une meilleure gestion de la douleur et entraîne une relation de confiance. Par la suite, cela facilitera l'éducation thérapeutique des patients. Il est primordial d'informer le patient sur la manière de gérer son traitement,

les types de surveillances qu'il doit faire, l'impact d'un mauvais dosage et les modalités non médicamenteuses nécessaires pour équilibrer le plan de traitement. La relation thérapeutique est mise en avant et citée comme importante pour faciliter la gestion de la douleur. Les patients doivent faire confiance aux soignants pour entamer une discussion.

Cette étude n'est pas transférable en Suisse ni en Valais, car les infirmières, même disposant d'une formation avancée, ne peuvent pas prescrire de traitement opioïde à leurs patients. Mais cette étude serait utile pour la pratique professionnelle, car elle apporte des éléments importants sur l'échange entre des infirmières bénéficiant de formations post-grades et d'autres n'en disposant pas. Elle souligne également l'intérêt de bénéficier d'une formation sur l'évaluation de l'atténuation des risques et sur l'éducation des patients.

4.7 Synthèse des principaux résultats

Il est important de synthétiser les principaux résultats des six études analysées ci-dessus. Afin de faciliter les liens entre ces études, il convient de se référer à la question de recherche et aux quatre objectifs de cette revue de la littérature. Les résultats ont été répartis en deux axes : le manque de connaissances des infirmières concernant le risque d'abus d'opioïdes et l'importance de l'évaluation de ces risques.

Les infirmières jouent un rôle central dans le dépistage du risque d'addiction aux opioïdes. Ce sont elles qui sont le mieux placées pour percevoir les signes et symptômes d'un risque de mauvais usage (Chaudhary & Compton, 2017). Il est important d'évaluer le risque d'abus avant de débiter un traitement d'opioïdes à long terme. Cette évaluation peut être effectuée à l'aide de plusieurs échelles (ORT, BPI, Chronic Pain Sleep Index, EVA) qui estiment le risque d'abus, mais également la douleur dans sa globalité. Ces questionnaires peuvent être réalisés avant ou pendant le traitement. Ils permettent de voir s'il y a une évolution du risque après le début de la prise en charge. D'autres variables comme les caractéristiques démographiques et psychosociales ou les comorbidités psychiatriques telles que la dépression peuvent être des signes annonciateurs d'un risque d'addiction (Pagé et al., 2016). Durant la prise en soins, des pratiques d'atténuation des risques sont à contrôler régulièrement à l'aide de tests urinaires, d'un contrat de traitement, d'outils de dépistage (ORT, SOAPP-R), ou encore de programmes de surveillance mis en place par certains États (Chaudhary & Compton, 2017).

Les résultats de plusieurs études menées auprès d'infirmières montrent des lacunes dans la prise en charge de ces patients (Markocic et al., 2016 ; Krokmyrdal & Andenæs, 2015 ; Chaudhary & Compton, 2017). Elles devraient bénéficier d'un plan d'éducation

thérapeutique leur expliquant mieux la prise de ces traitements, avec leur mode et durée d'action, pour éviter de mauvais dosages. De telles formations peuvent ajouter à cet apprentissage la reconnaissance des signes d'abus pour que le personnel soignant soit alerté si des changements surviennent (Cardarelli et al., 2018 ; St Marie, 2016). Pour y parvenir, les infirmières doivent améliorer leurs connaissances sur les traitements et sur l'évaluation des analgésiques chez ces patients. De nombreuses infirmières ignorent que l'augmentation de la tolérance aux opioïdes et de la sensibilité à la douleur sont des conséquences de la dépendance aux opioïdes. Les interventions des infirmières chez ces patients sont souvent moralisatrices et stéréotypées. Certaines infirmières ont une attitude négative envers ces patients et croient qu'ils exagèrent leurs douleurs pour recevoir davantage de traitement (Krokmyrdal & Andenæs, 2015). La mise en place de formation continue au sein des services permettrait d'améliorer la prise en charge et de diminuer l'usage abusif de ces traitements (Markocic et al., 2016). L'instauration de colloques pluridisciplinaires serait l'occasion d'échanges sur de nouvelles stratégies pour pallier les douleurs. Cela permettrait de compléter le traitement médicamenteux avec des approches non pharmacologiques. La mise en place d'ateliers éducatifs avec l'approche de plusieurs professionnels favoriserait la confiance et permettrait d'avoir une nouvelle vision sur la prise en charge de ces patients (Cardarelli et al., 2018).

5 Discussion

5.1 Discussion des résultats

Deux axes sont ressortis de l'analyse des résultats et seront discutés ci-dessous, afin de confirmer ou pondérer certains aboutissements de cette revue de la littérature. Ils seront également mis en lien avec la problématique et le cadre théorique de ce travail. Celui-ci avait pour but de répondre à la question de recherche suivante : quelles sont les interventions infirmières mises en place pour prévenir la dépendance aux opioïdes chez des adultes (de 18 à 64 ans) souffrant de douleurs chroniques ?

Le premier axe concerne le manque de connaissances des infirmières de la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique et de trouble de l'usage des opioïdes. Les résultats de ces différentes recherches mettent en avant les craintes et les lacunes des infirmières liées à l'administration d'opioïdes à cette population. Ces insuffisances se retrouvent principalement dans l'évaluation de l'intensité et de la cause de la douleur. Elles se manifestent également par les attitudes des infirmières dans leur prise en charge. Celles-ci n'osent pas administrer ces traitements car elles ressentent des craintes liées au risque d'abus et elles éprouvent une difficulté à proposer des solutions alternatives. Au niveau des opioïdes, des lacunes sont aussi présentes concernant les calculs de doses, le niveau de sédation, le mode d'action et le temps d'action du traitement administré. Dans l'étude de Krokmyrdal et Andenæs, les auteurs décrivent une prise en charge néfaste de la douleur chez ces patients. Les infirmières minimisent les plaintes des patients en pensant qu'ils exagèrent afin de consommer davantage d'opioïdes. Ces comportements sont dus à des manquements et créent une mauvaise alliance thérapeutique. Ces plaintes peuvent aussi bien exprimer une souffrance physique que psychologique (Krokmyrdal & Andenæs, 2015 ; Asamoah-Boaheng et al., 2021).

L'étude de Chaudhary et Compoton (2017) et celle de Cardarelli et al. (2018) soutiennent les bienfaits des formations continues dans les services. De nombreuses formations ont été mises en place pour pallier ce manque de connaissances. Des sites internet ont été instaurés pour favoriser l'utilisation d'outils d'évaluation de la douleur et émettent des recommandations concernant la prise en charge de la douleur. Ces plateformes offrent des ressources éducatives aussi bien aux patients qu'aux soignants. De plus, le développement d'approches et de protocoles standardisés pour la gestion et le suivi de la douleur peut aider à institutionnaliser les meilleures pratiques concernant l'utilisation des opioïdes (Van Cleave et al., 2021 ; Cardarelli et al., 2018 ; Chaudhary & Compton, 2017).

Les résultats d'une revue systématique de la littérature appuient ce fait en indiquant que des interventions pédagogiques permettraient de combler ce manque. Ces auteurs soulignent l'efficacité de ces cours lorsqu'ils sont réalisés par des collègues, proposés à plusieurs reprises avec des informations groupées et que les objectifs sont clairement définis. Ces formations jouent un rôle important dans l'utilisation des traitements et le fonctionnement du programme de surveillance des médicaments sur ordonnances lors de prescription d'opioïdes. Elles sensibilisent également à l'importance des tests de dépistage dans les urines (Asamoah-Boaheng et al., 2021). A contrario, il faut veiller à ne pas s'appuyer seulement sur les ressources des collègues. Ces derniers ne doivent pas devenir la principale source de référence (Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

Concernant les acquis durant la formation d'infirmière, les résultats d'une revue de la littérature sont divergents. Certaines infirmières affirment qu'à la sortie de leur formation, elles étaient préparées à gérer ces patients alors que dans d'autres études moins de la moitié disent se sentir apte à s'en occuper (Nikpour & Broome, 2021).

L'utilisation de moyens non pharmacologiques est encore très peu répandue pour compléter ou éviter un traitement opioïde. Les résultats d'une revue systématique de la littérature montrent que de nombreuses infirmières sont désireuses de connaître mieux les traitements alternatifs pour les intégrer à leur pratique. De plus, Nikpour et Broome (2021) ajoutent l'importance du partage des connaissances entre les différents professionnels de la santé. Cela permet de mettre en œuvre des méthodes méconnues dans la pratique infirmière telles que des exercices d'étirement ou des massages mis en place par les physiothérapeutes mais qui peuvent être effectués par les infirmières lorsque ces professionnels ne sont pas disponibles (Nikpour & Broome, 2021). L'étude de Cardarelli et al. (2018) montre tout de même que plus de la moitié des professionnels orientent leurs patients vers des pratiques non pharmacologiques.

Le second axe consiste en l'évaluation des risques d'addiction avant et pendant le traitement. Les premiers facteurs de risque d'une potentielle addiction peuvent être détectés à l'aide d'une simple échelle d'évaluation. L'effectuer avant de débiter un traitement d'opioïdes sur le long terme permettrait de diminuer le risque de dépendance en procurant au patient un suivi plus régulier et en adaptant les traitements grâce à la mise en place de moyens non pharmacologiques (St Marie, 2016).

Un examen de la portée met en avant le faible nombre d'études concernant la formation des professionnels et des patients sur la prise en charge de patients souffrant de douleurs chroniques et présentant un risque de mauvais usage des opioïdes. Une telle formation

pourrait souligner la nécessité d'une évaluation complète de la douleur, l'importance d'impliquer le patient dans la prise de décision, la variation individuelle de la réponse de la douleur et du traitement. Elle permettrait également d'introduire l'empathie et la sensibilité culturelle du patient dans la prise en charge. Dans l'étude de St Marie, (2016), une éducation thérapeutique est fournie aux patients. Cela permet de renforcer la relation thérapeutique et la confiance entre le soignant et le soigné, ce qui favorise la confiance (St Marie, 2016 ; Van Cleave et al., 2021).

Une évaluation approfondie du patient portant sur ses antécédents médicaux, les variables démographiques et psychosociales (âge, sexe, profession, état civil, qualité de vie liée à la santé, consommation de drogues, alcool ou tabac) permet de mettre en garde le professionnel contre un risque d'usage abusif. Il faut noter que l'impact de l'état de santé du patient sur la qualité de sa santé mentale rend une personne plus vulnérable à l'abus d'opioïdes. Les comorbidités psychiatriques comme la dépression sont des facteurs de risque d'abus. Ces éléments concordent avec le modèle bio-psycho-social des causes de l'addiction selon Sting et Blum, selon lequel la prise en compte de la personne, la substance et l'environnement permet de comprendre les facteurs de risques qui ont pu mener à l'addiction (Pagé et al., 2016).

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Selon la pyramide des preuves figurant dans la méthodologie de ce travail, cinq études ont un niveau faible et une un niveau moyen. Cependant, toutes ont été publiées, supprimant ainsi un biais** non négligeable, le biais de publication**. La provenance des études est variée. Hormis l'étude de Krokmyrdal et Andenæs (2015) effectuée en Europe, plus précisément en Norvège, les études proviennent d'autres continents. Elles ont été menées au Canada, en Australie et aux États-Unis. Néanmoins, leurs résultats des études semblent être transférables dans le contexte valaisan, même si une comparaison de l'indice de qualité des soins montre de grandes différences avec la Suisse. Toutefois, ces études apportent des informations pertinentes pour la question de recherche.

Deux études, celles de St Marie (2016) et de Markocic et al. (2016), possèdent un échantillon restreint, sans toutefois que cela les invalide. L'étude de Chaudhary et Compton (2017) et celle de St Marie (2016) ont un échantillon spécifique. Il concerne uniquement des infirmières praticiennes. Les résultats de ces études sélectionnées sont difficilement généralisables au vu du cahier des charges divergent entre les pays. Mais les méthodes de surveillance et de formation sont tout de même importantes à prendre en compte. Il faut donc interpréter ces conclusions avec précautions.

Concernant la validité externe, les différents résultats obtenus dans cette revue de la littérature concordent avec les autres sources littéraires. Diverses études montrent également des déficits évidents dans les connaissances et les attitudes des infirmières en matière de gestion de la douleur, de l'utilisation des opioïdes et des terminologies. Ces lacunes sont souvent liées à une formation insuffisante impliquant des connaissances inadéquates en pharmacologie ainsi qu'une mauvaise évaluation de la douleur. La plupart des études proposent également l'élaboration de programme informatisé de gestion de la douleur. Des recherches approfondies ont suggéré que ces insuffisances ont une influence sur l'efficacité de la prise en charge de la douleur. La douleur est encore considérée comme un symptôme trop commun et sous-traité des maladies aiguës et chroniques. Les infirmières doivent utiliser l'auto-évaluation de la douleur, même si elle semble être en contradiction avec le comportement non verbal ou la conviction individuelle des infirmières (Markocic et al., 2016 ; Krokmyrdal & Andenæs, 2015).

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Plusieurs limites sont présentes dans cette revue de la littérature. Tout d'abord, en ce qui concerne les bases de données, lors de la recherche des études, le filtre « full text » a souvent été utilisé. Cela a diminué de façon considérable le nombre d'études correspondant aux critères de recherche. Ensuite, il aurait été judicieux de trouver plus de mots-clés afin d'augmenter le nombre de résultats. Ainsi, des études qui auraient pu amener des informations afin de répondre à la question de recherche n'ont pas été exploitées. En raison de ces limites, des biais ont pu survenir au cours de la démarche méthodologique. Une dernière limite est qu'aucune étude ne provient de Suisse.

Malgré les limites relevées ci-dessus, chaque étude est pertinente pour la pratique infirmière et apporte de nouveaux éléments pour répondre à la question de recherche. Ce travail comporte uniquement l'analyse de six articles scientifiques. Pour obtenir un niveau de preuve plus élevé, il aurait été intéressant d'effectuer un travail d'une plus grande ampleur. Cela aurait apporté une réponse plus complète à la question de recherche.

6 Conclusions

Cette revue de la littérature a mis en évidence la problématique de l'addiction aux opioïdes chez les patients souffrant de douleur chronique. Ce travail de Bachelor formule des propositions d'amélioration pour la formation des infirmières prenant en charge des patients souffrant de douleur chronique et d'addiction aux opioïdes. La recherche scientifique fait partie intégrante de la formation en soins infirmiers et de la pratique basée sur des preuves nommée Evidence Based Practice (EBP). L'EBP contribue à la reconnaissance de la discipline infirmière, en plus d'améliorer la qualité des soins.

Différents résultats ressortent de cette revue de la littérature. Sur cette base, des propositions qui peuvent être mises en place pour la pratique, la formation et la recherche sont expliquées en aval.

Afin de mettre en relation les conclusions de ce travail avec le contexte de soins valaisan, un entretien informel a été mené avec une infirmière du centre valaisan de la douleur qui dispose d'un CAS (Certificat of Advanced Studies) en douleur.

6.1 Propositions pour la pratique

Dans le contexte de soins valaisan, et plus particulièrement au centre de traitement de la douleur à Martigny, il semble qu'aucun outil d'évaluation et de dépistage des risques d'addiction aux opioïdes ne soit utilisé avant et pendant le traitement. De plus, au cours du traitement, aucune mesure d'atténuation des risques d'addiction n'est mise en place. Ainsi, l'utilisation de différents outils et des surveillances proposées dans ce travail pourrait prévenir un risque d'addiction. Cela permettrait une prise en charge plus adaptée et une atténuation des risques d'addiction avant de débiter une médication antalgique. Néanmoins, le médecin informe le patient du risque d'addiction avant de débiter la prise en charge et des entretiens téléphoniques sont effectués environ toutes les semaines pour maintenir une relation thérapeutique avec le patient. Finalement, des colloques pluridisciplinaires pour échanger sur les bienfaits des moyens non pharmacologiques ou pour partager diverses pratiques sont actuellement mis en place au sein de ce centre.

Des entretiens avec des psychiatres de liaison peuvent être instaurés pour fournir un regard plus spécifique pour les soignants. Ils apportent également un soutien à l'équipe soignante et au patient dans des situations complexes.

6.2 Propositions pour la formation

La formation en soins infirmiers à la Haute École de Santé du Valais offre trois modules où la douleur chronique est prise en compte. Le premier est le module périopératoire. Dans ce module, quelques cours concernent la douleur chronique et abordent les différences entre douleurs chroniques et douleur aiguë. Les principaux traitements pour soulager ces douleurs sont présentés en fonction des paliers de l'OMS, et plusieurs interventions non pharmacologiques sont mentionnées. Le second module porte sur les insuffisances et les polyopathologies. On y aborde l'approche de la douleur en situation complexe avec un intervenant de l'association Avadol. Le troisième est le module soins palliatifs. Dans ces cours, les traitements antalgiques principaux sont étudiés avec leur mode d'action, les principales surveillances et leur durée d'action. Les conversions des dosages sont également mises en avant. Les différences entre douleurs chroniques et aiguës sont rappelées. La Haute École de Santé du Valais propose aussi un module, santé mentale 2 et dépendances, dans lequel les addictions sont traitées. Un cours faisant le lien entre les douleurs chroniques et les facteurs de risque d'abus d'opioïdes pourrait être pertinent.

Concernant la formation post-grade, la HEdS du Valais propose un CAS en douleur et approches interdisciplinaires. Cette formation permet de mieux gérer des situations complexes, d'analyser et d'évaluer la douleur. Dans le cadre de ce CAS, les participants acquièrent une vision systématique et affinée des situations et approfondissent leur raisonnement clinique. Cela leur permet d'identifier la spécificité soignante de la prise en charge de la douleur selon l'âge du patient (HES-SO Valais, 2014). Un CAS en addiction est proposé par la Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (FORDD). Il permet aux infirmiers de connaître les éléments spécifiques aux addictions, de tenir compte des dimensions sociétales et individuelles de l'addiction et de développer un accompagnement thérapeutique (La Source Institut et Haute École de la Santé, 2020).

Le CHUV propose un e-learning sur l'évaluation et la gestion de la douleur en collaboration avec le centre d'antalgie et les services de soins. Le but de cette formation est de développer les connaissances théoriques, d'harmoniser les pratiques cliniques et d'encourager une prise en charge commune pour la gestion de la douleur. Cela permet de répondre au mieux aux besoins du patient (CHUV, 2021).

Pour conclure, en lien avec la problématique de cette revue de la littérature, la participation à ces diverses formations pourrait constituer un réel bénéfice, tant pour les connaissances des soignants que pour une meilleure gestion de la douleur des patients.

6.3 Propositions pour la recherche

Des éléments intéressants restent à approfondir dans ce travail, pouvant faire l'objet de recherches futures.

Concernant le premier axe, les lacunes des infirmières, il serait intéressant de mesurer les connaissances des infirmières valaisannes sur le traitement de la douleur chez des patients présentant un trouble de l'usage des opioïdes.

Pour permettre une évaluation, un état des lieux des pratiques des infirmières en Suisse auprès de patients souffrant de douleur chronique et d'abus d'opioïdes serait bienvenu. Il serait en outre utile d'enquêter dans différents centres de la douleur, afin de constater les pratiques d'atténuation des risques d'abus d'opioïdes déjà mises en place. Les résultats de cette revue de la littérature montrent une prise en charge non optimale des patients souffrant de douleur chronique et d'abus d'opioïdes par les infirmières. Il serait pertinent d'évaluer les connaissances et les compétences des infirmières en Suisse, car on ne bénéficie pas de la même formation ici que dans les régions où les études ont été effectuées. De plus, comme on peut le voir, la formation HES offre de nombreux cours où ces différents sujets sont traités. Il serait intéressant de mener une étude évaluant les compétences des infirmières avant et après une formation. Une infirmière clinicienne du service pourrait évaluer les bienfaits de cette formation sur le long terme en menant une étude qualitative descriptive longitudinale.

Afin d'évaluer l'impact des moyens de surveillance mis en place durant le traitement chez les patients présentant un risque d'abus, il serait important d'effectuer des recherches. Une recherche quantitative de cohorte prospective** avec des patients présentant des risques d'abus modérés à grave mais en ayant une surveillance accrue pendant une année pourrait être menée. Un second groupe ne disposerait pas de traitement adapté ni d'une attention particulière. Les résultats au bout d'une année permettraient d'évaluer le nombre de dépendances apparu au sein des deux groupes et d'évaluer la pertinence de ces vigilances.

Cette revue de la littérature analyse six études. Il serait important qu'un travail de plus grande ampleur soit accompli pour pouvoir trouver plus de pistes car, comme montré dans ce travail, de nombreuses lacunes au niveau de la prise en charge de patients souffrant de douleur chronique sont présentes.

7 Références bibliographiques

Addiction Suisse. (2013a). Bases théoriques de la prévention des dépendances.

https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Bases_theoriques.pdf

Addiction Suisse. (2013b). *Prévention structurelle des dépendances : Une approche axée sur le contexte.*

https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Prevention_structurelle.pdf

Addiction Suisse. (2020). *Marché d'opioïdes en Suisse—Faits et Chiffres—*

Addictionsuisse.ch. <https://faits-chiffres.addictionsuisse.ch/fr/opioïdes/marche.html>

Allaz, A.-F., & R. Suter, M. (2019). *Douleurs chroniques : Du symptôme à l'homme*

souffrant—Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-656/Douleurs-chroniques-du-symptome-a-l-homme-souffrant>

Antidoping. (2021). *S8 Cannabinoïdes.*

<https://www.antidoping.ch/fr/prevention/formation/mobile-lesson/s8-cannabinoïdes>

Asamoah-Boaheng, M., Badejo, O. A., Bell, L. V., Buckley, N., Busse, J. W., Campbell, T.

S., Corace, K., Cooper, L., Flusk, D., Garcia, D. A., Hossain, M. A., Iorio, A.,

Lavoie, K. L., Poulin, P. A., Skidmore, B., & Rash, J. A. (2021). Interventions to

Influence Opioid Prescribing Practices for Chronic Noncancer Pain : A Systematic

Review and Meta-Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(1),

e15-e26. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.07.012>

Aubrun, F., & Guen, M. L. (2009). *La dépression respiratoire des morphiniques : Risques*

selon la voie d'administration (PCA, Péri, SC) et le produit.

[https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/r8x9bot4/La%20d%C3%A9pression%20respiratoire%20des%20morphiniques%20:%20risques%20selon%20la%20voie%20d%E2%80%99administration%20\(PCA,%20P%C3%A9ri,%20SC\)%20et%20le%20produit.pdf](https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/r8x9bot4/La%20d%C3%A9pression%20respiratoire%20des%20morphiniques%20:%20risques%20selon%20la%20voie%20d%E2%80%99administration%20(PCA,%20P%C3%A9ri,%20SC)%20et%20le%20produit.pdf)

- Avadol. (2021). *Vivre avec la douleur chronique*. <https://avadol.ch/>
- Barber, Rayan. M., Fullman, N., Sorensen, R. J. D., Bollyky, T., Mckee, M., Murray, C. J. L., Nolte, E., & ... (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015 : A novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*, 390(10091), 231-266. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)
- Baudot, J.-Y. (2008). *Test exact de Fisher*.
<http://www.jybaudot.fr/Inferentielle/fisherexact.html>
- Berlemont, C. (2017). *La prise en charge non médicamenteuse de la douleur chronique*.
<https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.03.011>
- Cardarelli, R., Elder, W., Weatherford, S., Roper, K. L., King, D., Workman, C., Stewart, K., Kim, C., & Betz, W. (2018). An examination of the perceived impact of a continuing interprofessional education experience on opiate prescribing practices. *Journal of interprofessional care*, 32(5), 556-565.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1452725>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2019). *La douleur chronique—Service de neurochirurgie*. <https://www.chuv.ch/fr/neurochirurgie/nch-home/patients-et-familles/maladies-traitees/la-douleur-chronique>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2021). *Douleur—E-learning—Évaluation et gestion*. CHUV. <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/formation/offre-de-formation/offre-de-formation-detail/formation/douleur-e-learning-evaluation-et-gestion>
- Chaudhary, S., & Compton, P. (2017). Use of risk mitigation practices by family nurse practitioners prescribing opioids for the management of chronic nonmalignant pain. *Substance Abuse*, 38(1), 95-104. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1265038>

- Collège romand de la médecine de l'addiction. (2009). *Neurosciences de l'addiction*.
https://www.grea.ch/sites/default/files/neuroscience_broch_definitive-2.pdf
- CSS, A. (2019). *L'acupression soignée par les points de pression*.
<https://www.css.ch/fr/clients-prives/ma-sante/conseil/medecine-alternative/acupression.html>
- Cucherat, M. (2021). *La lecture critique des essais cliniques*. <http://www.spc.univ-lyon1.fr/lecture-critique>
- Doyon, O., & Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Éditions du renouveau pédagogique INC.
- Dufour, C., & Larivière, V. (2012). *Principales techniques d'échantillonnage probabilistes et non-probabilistes*. https://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1J3BCT9WW-NJP6NT-8VW/sci6060_fiche_echant.pdf
- Encyclopédie Universalis. (2021). *Encyclopædia Universalis*. <https://www.universalis.fr/>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^e ed). Chenelière éducation.
- Gardiol, I. (2020). La prévention dans les addictions. *ADDICTOHUG*.
<https://addictohug.ch/prevention/la-prevention-dans-les-addictions/>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Granier, S. (2012). *Structure des récepteurs mu et delta des opiacés* (N° 10). Article 10.
<https://doi.org/10.1051/medsci/20122810016>
- Groupement romand d'études des addictions. (2018a). *Addiction*.
<https://www.grea.ch/dossiers/addiction>
- Groupement romand d'études des addictions. (2018b). *Opioïdes*.
<https://www.grea.ch/dossiers/opioides>

- Hammond, C. (2006). *Neurobiologie de la dépendance*. <http://acces.ens-lyon.fr/biotic/neuro/drogues/html/dependance.htm>
- Haute autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- HES-SO Valais. (2014). *CAS HES-SO Douleur et soins infirmiers*. <http://www.hevs.ch/fr/hautes-ecoles/haute-ecole-de-sante/soins-infirmiers/autres-formations/formation-continue/cas/cas-hes-so-douleur-et-approches-interdisciplinaires-1705>
- Hôpital du Valais. (2014). *Centre du traitement de la douleur*. <https://www.hopitalduvalais.ch/fr/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/anesthesiologie-et-reanimation/centre-du-traitement-de-la-douleur.html>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2017). *Antalgie dans les services médicaux et chirurgicaux adultes*. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/reseau_douleur_/antalgie_new_a6_9.pdf
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2018). *Les effets indésirables de la morphine—Réseau douleur à Genève aux HUG*. <https://www.hug.ch/reseau-douleur/effets-indesirables-morphine>
- Institut analgesia. (2016). Douleur Chronique : Chiffres-clés - Institut Analgesia. *Analgesia*. <https://www.institut-analgesia.org/la-douleur-chronique/chiffres-cles-douleur-chronique/>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2012). *Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances*. <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/2071>

- International Association for the Study of Pain. (2018). *IASP Statement on Opioids*.
<https://www.iasp-pain.org/Advocacy/OpioidPositionStatement?navItemNumber=7225>
- International Association for the Study of Pain. (2019). *Chronic Pain has arrived in the ICD-11*. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=8340>
- International Narcotics Control Board. (2021). *Narcotic Drugs Estimates*.
<https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/estimates/narcotic-drugs-estimates.html>
- Ipubli. (2011). *Méthodes et outils de caractérisation de l'impact de xénobiotiques sur la reproduction*.
https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/222/Chapitre_21.html?sequence=1621
- Kidd, K., Weinberg, T., & Caboral-Stevens, M. (2020). The 21st Century Opioid Addiction : A Concept Analysis and Implications for Nursing. *Journal of Addictions Nursing*, 31(1), 17-22. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000321>
- Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction : A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- La Source Institut et Haute École de la Santé. (2020). *CAS Addictions*. Institut et Haute Ecole de la Santé La Source.
<https://www.ecolelasource.ch/formations/postgrade/cas/addictions/>
- Lüscher, C., & Pascoli, V. (2018). *Drogue : Le circuit de l'addiction identifié*.
<https://www.unige.ch/communication/communiqués/2018/drogue-le-circuit-de-laddiction-identifie/>
- Lynn, W. (2021). *Opioid Risk Tool (ORT) for Narcotic Abuse*. MDCalc.
<https://www.mdcalc.com/opioid-risk-tool-ort-narcotic-abuse>

- Maldonado, R. (2010). *Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues*.
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2009.12.001>
- Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2015). *Anatomie et physiologie humaines* (9^e éd.). Éditions du
Renouveau Pédagogique.
- Markocic, S., Humphries, M., Tarne, K., Watts, M., & Collins, L. (2016). What are the risks
and knowledge deficits for prescribing and administering opioids in the ward
environment? A quality project on assessing and improving knowledge. *Nurse
Education in Practice*, 17, 182-187. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.011>
- Minerva. (2021). *Biais de publication : Identification et essai de correction*. Minerva
Website. <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/582>
- Nikpour, J., & Broome, M. (2021). Impact of Nurse Practitioner Scope of Practice on
Treatment for Chronic Pain and Opioid Use Disorder : A Scoping Review. *Journal
of Nursing Regulation*, 11(4), 15-25. [https://doi.org/10.1016/S2155-
8256\(20\)30176-9](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(20)30176-9)
- Organisation mondiale de la santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*.
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.p
df;jsessionid=8406BA6EBAE843FEC2B7ED701BCE26A2?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=8406BA6EBAE843FEC2B7ED701BCE26A2?sequence=1)
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *Surdose d'opioïdes*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>
- Organisation mondiale de la santé. (2021a). *Syndrome de dépendance*.
https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
- Organisation mondiale de la santé. (2021b). *Syndrome de sevrage*. World Health
Organization. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/
- Pagé, M. G., Saïdi, H., Ware, M. A., & Choinière, M. (2016). Risk of Opioid Abuse and
Biopsychosocial Characteristics Associated With This Risk Among Chronic Pain
Patients Attending a Multidisciplinary Pain Treatment Facility. *The Clinical Journal
of Pain*, 32(10), 859-869. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000337>

- PainEDU. (2016). *Screeener and Opioid Assessment for Patients with Pain- Revised (SOAPP®-R)*. <https://d1li5256ypm7oi.cloudfront.net/colospine/2016/08/SOAPP-R-Screener-and-Opioid-Assessment-for-Patients-with-Pain-Revised-160816-57b258fc9a277.pdf>
- Pautex, S. (2017). *Douleur aiguë*.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_douleur_aigue.pdf
- Praticien addiction suisse. (2020). *Dépendance aux analgésiques à base d'opioïdes*.
<https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/heroine/dependance-aux-analgesiques-a-base-d-opioides>
- Ruchat, D., Suter, M. R., Rodondi, P.-Y., & Berna, C. (2018). *Consommation d'opioïdes entre 1985 et 2015 : Chiffres suisses et mise en perspective internationale*. *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-612/Consommation-d-opioides-entre-1985-et-2015-chiffres-suisses-et-mise-en-perspective-internationale>
- Sereni, C. (2019). *Douleurs chroniques et opiacés* (Editions du Cerf).
- Société française d'étude et de traitement de la douleur. (2017). *Les livres blancs. SFETD - Site web de la Société Française d'Etude et du Traitement de la Douleur*.
<https://www.sfetd-douleur.org/les-livres-blancs/>
- Sojer, B. (2020). *Comment mieux vivre avec la douleur aiguë ou chronique? Le blog de l'Hôpital du Valais*. <https://blog.hopitalvs.ch/douleur-chronique/>
- St Marie, B. (2016). *The Experiences of Advanced Practice Nurses Caring for Patients with Substance Use Disorder and Chronic Pain*. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 17(5), 311-321. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.06.001>

Swiss spinal cord injury cohort study. (2018). *Etude pilote*.

<https://www.swisci.ch/fr/recherche-en-site/glossaire/604-etude-pilote>

Tassin, J.-P. (2007). *Neurobiologie de l'addiction : Proposition d'un nouveau concept*.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-2-page-91.htm>

Tassin, J.-P. (2008). *Proposition d'un modèle neurobiologique de l'addiction*.

<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2008-3-page-11.htm>

The free dictionary. (2012). *Equianalgesic dose*. TheFreeDictionary.com. [https://medical-](https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/equianalgesic+dose)

[dictionary.thefreedictionary.com/equianalgesic+dose](https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/equianalgesic+dose)

Van Cleave, J. H., Booker, S. Q., Powell-Roach, K., Liang, E., & Kawi, J. (2021). A

Scoping Review of Nursing's Contribution to the Management of Patients with Pain and Opioid Misuse. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 22(1), 58-68.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.007>

Vulgaris Médical. (2021). *Vulgaris Médical*. Vulgaris Médical. [https://www.vulgaris-](https://www.vulgaris-medical.com/)

[medical.com/](https://www.vulgaris-medical.com/)

Zullino, D. (2016). *Distinction entre addiction et dépendance—ADDICTOHUG*.

<https://pro.addictohug.ch/distinction-entre-addiction-dependance/>

Annexe I : Tableaux de recension des études

Pagé, M. G., Saïdi, H., Ware, M. A., & Choinière, M. (2016). Risk of Opioid Abuse and Biopsychosocial Characteristics Associated With This Risk Among Chronic Pain Patients Attending a Multidisciplinary Pain Treatment Facility. *The Clinical Journal of Pain*, 32(10), 859-869.
<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000337>

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence**	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Descriptif quantitatif	Les participants étaient 3040 patients	Déterminer la proportion de patients adressés à un établissement multidisciplinaire de traitement de la douleur qui risquent de faire un usage abusif d'opioïdes et examiner les facteurs biopsychosociaux associés à ce risque. Comparer les résultats des patients six mois plus tard en fonction du risque d'usage abusif d'opioïdes et du type de traitement	Risque d'abus d'opioïdes, douleur chronique, centre du traitement de la douleur multidisciplinaire, Registre Québec Douleur, résultats concernant la douleur	Plusieurs questionnaires d'auto-évaluation à choix multiple, échelle d'évaluation numérique de l'intensité de la douleur Utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur, BPI (alpha de Cronbach 0,89), Chronic Pain Sleep Index, questions sociodémographiques, estimation de la qualité de vie liée à la santé physique et mentale	Les données ont été analysées à l'aide des tests de Pearson, khi-deux, de la régression logistique binaire multi variable et du modèle linéaire général multivarié. Analyses bivariées et univariées	81% des patients présentaient un risque faible, 13% modéré et 6% grave d'abus d'opioïdes. L'état civil, la durée de la douleur, la qualité de vie liée à la santé mentale et le tabagisme étaient significativement associés au risque d'abus d'opioïdes ($p < 0,001$). Interaction significative entre le risque d'abus d'opioïdes et le type de traitement pour prédire les résultats de la douleur et la qualité de vie à 6 mois.
Niveau de preuve IV	Non probabiliste Patients inscrits au Registre Québec Douleur entre juillet 2012 et mai 2014	Question de recherche Non précisé		Éthique Les comités d'éthique de la recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal, du centre universitaire de santé de McGill, du centre hospitalier de l'université de Sherbrooke, Québec et de l'Hôtel-Dieu de Lévis ont approuvé le projet du Registre Québec Douleur.	Analyses bivariées et univariées	Conclusions 20% des patients ont un risque modéré à grave de développer un abus d'opioïdes, d'où l'importance d'évaluer ce risque et de considérer comment ce risque peut influencer les résultats du traitement.
Paradigme Positivist	Critères d'inclusion Tous les patients consultant pour la première fois dans l'une des cliniques du Registre Québec Douleur (RQD), âgés de 18 ans ou plus et parlant couramment anglais ou français, ayant donné leur consentement	Hypothèse Non précisé			Statistiques descriptives (tableaux de fréquences et moyennes)	Limites de l'étude Les comportements d'abus d'opioïdes n'ont pas été évalués. Seul le risque d'abus a été mesuré avec l'échelle ORT. La consommation d'opioïdes a été évaluée avant la visite initiale et six mois après. Les patients de cet échantillon fréquentaient déjà des installations multidisciplinaires de traitements de la douleur.
	Critères d'exclusion Patients ne faisant pas partie d'un traitement multidisciplinaire, patients ne souffrant pas de douleur chronique (< 3 mois), pas d'engagement de poursuite de traitement après la visite et patients n'ayant pas terminé le questionnaire (ORT)	Variables VI : / VD : séparation ou divorce, fumer des cigarettes, souffrir de douleur chronique depuis plus de 10 ans, qualité de vie		Les patients ont donné leur consentement éclairé par écrit pour que les informations recueillies dans le cadre du Registre Québec Douleur soient utilisées à des fins de recherche.	Logiciels Non précisé	

Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction : A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789-794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif transversal	98 infirmières recrutées dans les services de médecine et d'orthopédie d'un hôpital public urbain de l'Ouest de la Norvège	Évaluer la compétence autoperçue des infirmières, leurs connaissances sur la douleur, leur compétence à fournir une gestion de la douleur aux patients qui abusent des opioïdes et leurs sources d'information	Infirmières, formation, connaissances, compétences, abus d'opioïdes, traitement de la douleur	Un questionnaire d'auto-évaluation des compétences, composé de 4 parties : variable sociodémographique, sources des connaissances, compétences et attitudes des infirmières	Corrélation du rang de Spearman Analyse de régression, de corrélation, de fréquence, de la somme des scores	88% des infirmières n'avaient pas de connaissances suffisantes sur le traitement de la douleur chez les patients souffrant de dépendance aux opioïdes. La majorité d'entre elles considéraient que l'expérience en milieu de travail et les collègues étaient les principaux facteurs qui contribuaient à leur connaissance du traitement de la douleur. Des sources telles que l'éducation, les cours, la documentation de recherche et les technologies de l'information ont été considérées comme des contributeurs mineurs. 65% des répondants possédaient des compétences de base pour évaluer la douleur, mais 54% ne pouvaient pas évaluer le degré de la douleur. Près de 62% des infirmières n'avaient pas confiance dans l'expérience de la douleur déclarée par les patients qui abusaient des opioïdes.
Niveau de preuve IV	Échantillonnage	Question de recherche		Échelle transformée en échelle de Likert	Logiciels	Conclusions
Paradigme Positiviste	Non probabiliste Les infirmières ont reçu des informations verbales et écrites de l'étude et ont demandé à y participer. Non probabiliste	Non précisé		Éthique L'étude a été approuvée par l'autorité compétente en matière d'éthique et de gouvernance de la recherche qui autorise les projets de recherche en Norvège. Questionnaire anonyme	SPSS Statistics 19	L'étude montre des lacunes dans la compétence des infirmières à évaluer et à traiter la douleur, ce qui suggère que les patients souffrant d'une dépendance aux opioïdes pourraient ne pas bénéficier d'une prise en charge adéquate. La compétence des infirmières à offrir un traitement de la douleur aux patients abusant d'opioïdes pourrait être caractérisée comme étant basée sur l'expérience plutôt que sur des preuves scientifiques.
	Critères d'inclusion Infirmières diplômées qui, sur une base régulière, s'occupaient de patients abusant d'opioïdes	Hypothèse Non précisé				Limites de l'étude Le questionnaire utilisé pour la collecte des données n'a pas été validé ni testé par une méthode test-retest. Un échantillon intentionnel d'infirmiers a été inclus. Faible nombre de participants et seulement des infirmières d'orthopédie ou de médecine. Des erreurs de classification peuvent être présentes suite à des déclarations erronées des sujets de l'étude ou des erreurs aléatoires. Les menaces possibles pour les facteurs de validité et de fiabilité rendent la généralisation plus difficile.
	Critère d'exclusion Pas de critère d'exclusion	Variables VI : expérience sur le lieu du travail, l'auto-évaluation de la compétence et les cours VD : compétence				

Chaudhary, S., & Compton, P. (2017). Use of risk mitigation practices by family nurse practitioners prescribing opioids for the management of chronic nonmalignant pain. *Substance Abuse*, 38(1), 95-104. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1265038>

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude mixte	856 infirmières praticiennes	Décrire les habitudes de prescription d'opioïdes des infirmières et déterminer dans quelle mesure elles appliquent les pratiques recommandés d'atténuation des risques lorsqu'elles traitent des patients souffrant de douleurs chroniques non malignes	Infirmière praticienne de haut niveau, douleur chronique non cancéreuse, douleur chronique non maligne, infirmière praticienne, pratique d'atténuation des risques, stratégie d'atténuation des risques, opioïdes, thérapies par les opioïdes	Programme Survey-Monkey Enquête en ligne composé de 14 questions	Les données ont été analysées de manière descriptive pour les variables continues et catégorielles et rapportées sous forme de moyennes et de fréquences. Les caractéristiques démographiques des répondants et leur utilisation de pratiques d'atténuation des risques spécifiques ont été évaluées par une analyse bivariée, des statistiques khi-deux et un test exact de Fisher. L'analyse de variance (ANOVA) a été effectuée pour évaluer le nombre d'années de pratique.	168 infirmières praticiennes ont répondu, dont 51,2% ont affirmé qu'elles prescrivait des opioïdes pour les douleurs chronique non malignes. Parmi elles, 66,7% ont déclaré que moins de 25% de leurs patients recevaient un traitement opioïde continu. Les plus fréquemment prescrits étaient l'hydrocodone (77,9%) et l'oxycodone (58,1%). 58,8% ont déclaré utiliser des contrats de traitement avec leurs patients. 20,9% utilisaient des outils de dépistage pour évaluer le risque d'abus et de mauvais usage. 54,94% utilisaient des programmes de surveillance, 33% des analyses toxicologiques d'urine.
Niveau de preuve	Échantillonnage Non probabiliste	Question de recherche		Éthique		Conclusions
IV	Infirmières praticiennes qui servaient de préceptrices à des étudiants en soins infirmiers dans un programme national d'études supérieures en soins infirmiers d'une université urbaine privée de taille moyenne	Hypothèse		Approuvé par le conseil d'examen institutionnel de l'université ; consentement éclairé vérifié par la participation au questionnaire en ligne. Les réponses sont restées anonymes grâce à des numéros d'identification.		Les pratiques d'atténuation des risques ne sont pas systématiquement mises en place par les infirmières praticiennes. Lors de cette période, elles doivent être plus vigilantes.
Paradigme		Variables				Limites de l'étude
Descriptif	Critère(s) d'inclusion Non précisé					Complicé de retranscrire les résultats de l'enquête à la population générale. Les répondantes étaient des enseignantes, donc plus susceptibles de connaître la littérature actuelle et les lignes directrices fondées sur des données probantes. Cette enquête n'a pas permis de recueillir des données qualitatives. Les répondantes ont répondu à des questions à choix multiples, avec des choix présélectionnés, au lieu de questions ouvertes. Les chercheurs n'ont pas examiné le niveau d'éducation ou de formation des répondantes (formation sur la prescription d'opioïdes). Ils n'ont pas examiné les autres circonstances et conditions qui empêchent les infirmières de prescrire des opioïdes à leurs patients souffrant de douleur chronique.
	Critère(s) d'exclusion Non précisé					Il est également probable que certaines infirmières praticiennes s'appuient davantage sur des modalités complémentaires et alternatives (acupuncture, soutien social).

Cardarelli, R., Elder, W., Weatherford, S., Roper, K. L., King, D., Workman, C., Stewart, K., Kim, C., & Betz, W. (2018). An examination of the perceived impact of a continuing interprofessional education experience on opiate prescribing practices. *Journal of interprofessional care*, 32(5), 556-565. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1452725>

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif quasi-expérimental	949 professionnels de la santé	Évaluer l'efficacité d'une approche éducative multimodale et interprofessionnelle visant à donner aux professionnels de la santé les moyens d'apporter des changements délibératifs, notamment dans les pratiques de prescriptions de d'opioïdes	Formation interprofessionnelle, apprentissage et changement, douleur chronique, planification du programme/élaboration du curriculum, gestion de la douleur	Patient interrogé avant et après les activités éducatives Éthique Concernant la validité éthique, toutes les activités du PEIACA ont été examinées par le comité d'examen institutionnel de chaque établissement principal, et une dérogation au consentement éclairé pour la collecte de données d'évaluation auprès des apprenants a été accordée.	Chiffre et fréquence pour analyser la portée Test de Wilcoxon Test de U de Mann-Whitney Tests statistiques non paramétriques Niveau de signification des résultats évalué à 0,05 Logiciels SPSS v.21	On aperçoit une variation des types de professionnels selon les événements éducatifs. Environ 43% des médecins et 14,3% des infirmières praticienne ont déclaré que 15 à 20% de leurs patients étaient pris en charge par des prestataires non médecins. Dans les participants de la table ronde, moins de 20% ne faisaient pas appel à des prestataires non-médecins pour la prise en charge de la douleur chronique. Concernant les résultats sur l'intention de changer leur pratique à la suite de ces activités, plus de la moitié des participants envisageait d'apporter des changements dans la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique (plus de 58% à la conférence et environ 69% aux tables rondes). Aucune activité n'a produit de changement au niveau de la confiance. Mais on remarque une meilleure confiance chez les participants que chez le groupe témoin. Résultats analysé au niveau de signification de 0,05 Conclusions Ces résultats montrent que les approches adoptées ici peuvent avoir un impact sur les connaissances et la confiance des apprenants et qu'elles ont le potentiel de créer un changement dans la façon de prescrire. Limites de l'étude Pas tous les professionnels participant à la distribution d'opioïdes ont été inclus. L'influence des niveaux d'expérience ou des années de pratique sur l'adaptabilité à la formation interprofessionnelle peut influencer les résultats.
Niveau de preuve II	54 médecins de famille population témoin					
Paradigme Descriptif	Échantillonnage Non probabiliste Prestataires professionnels de santé du Kentucky et de la Virginie occidentale. Sélectionnées dans des centres de soins. À l'aide de transmission électronique et de flyers Critère(s) d'inclusion Non précisé Critère(s) d'exclusion Non précisé	Question de recherche Non précisé Hypothèse Non précisé Variables Non précisé				

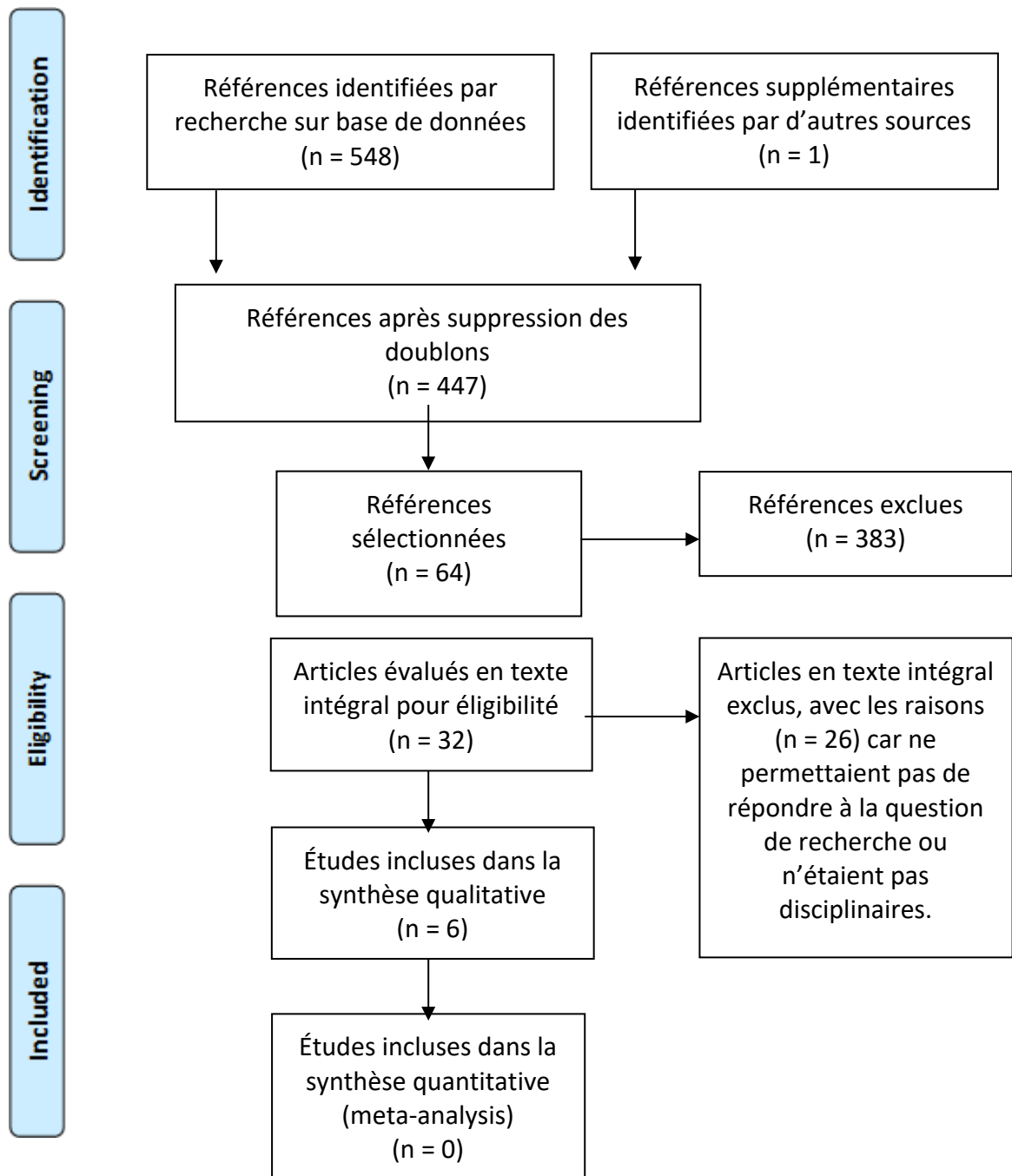
Markocic, S., Humphries, M., Tarne, K., Watts, M., & Collins, L. (2016). What are the risks and knowledge deficits for prescribing and administering opioids in the ward environment? A quality project on assessing and improving knowledge. *Nurse Education in Practice*, 17, 182-187. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.011>

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif	45 infirmières diplômées et 6 médecins en formation	Mettre au point un programme d'éducation visant à combler les lacunes identifiées en matière de connaissances et d'évaluer l'impact de ce programme d'éducation personnalisé sur les connaissances relatives à la prescription et à l'administration sûres des opioïdes	Connaissance de la douleur, opioïdes, toxicité des opioïdes	Questionnaire structuré dans le cadre d'un pré-test et d'un post-test	Analyse effectuée à l'aide de Excel Add, version 7	Taux de réponse de l'étude : 76%
Niveau de preuve III	34 infirmières et 5 médecins en formation répartis dans trois services de chirurgie	Le but était de développer une éducation dirigée vers les déficits de connaissances identifiés. Ensuite, il s'agissait d'évaluer l'impact de ce programme d'éducation sur mesure sur la connaissance de la prescription et de l'administration sûres des opioïdes et émettre des recommandations utiles pour les établissements locaux et potentiellement au-delà.		Éthique L'étude a été enregistrée en tant que projet de qualité auprès de l'unité de gouvernance clinique et répondait aux critères d'un projet de qualité tels que définis par la politique de santé de NSW.	Les pourcentages et les fréquences ont été utilisés	Amélioration significative deux semaines après la formation. Les scores moyens étaient de 68% au départ et de 89% deux semaines après la fin du programme. La plus grande amélioration des scores a été enregistrée pour la connaissance des médicaments, la dose, la demi-vie et l'administration.
Paradigme Interprétatif	Échantillonnage Non probabiliste Personnel exerçant dans 3 services de chirurgie aiguë notamment orthopédie, urologie et colorectale	Question de recherche Non précisé			Logiciels Excel Add, version 7	Conclusions Présence de lacunes dans la connaissance de la prescription et de l'administration des opioïdes. Bon effet du programme de formation, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer ce point plus en profondeur.
	Critère(s) d'inclusion Non précisé	Hypothèse Non précisé				Limites de l'étude La petite taille de l'échantillon. L'étude a été faite dans un seul centre. Intégrer un outil de recherche pour comparer infirmières/médecins, les années d'expérience clinique, l'âge, le sexe. Pas de recherche concernant l'utilisation des opioïdes, les niveaux d'éducation ou les différentes spécialités cliniques. Pas de comparaison entre ces résultats et ceux d'autres organisations. Les évaluations des participants n'ont pas été intégrées à l'étude. Effectuer des évaluations futures pour voir l'efficacité du programme d'éducation.
	Critère(s) d'exclusion : Non précisé	Variables : Non précisé				

St Marie, B. (2016). The Experiences of Advanced Practice Nurses Caring for Patients with Substance Use Disorder and Chronic Pain. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 17(5), 311-321.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.06.001>

Design	Échantillon	Buts, objectifs	Cadre de référence	Méthodes de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif narratif	20 infirmières praticiennes avancées	Examiner les expériences et les perceptions des infirmières praticiennes lors de la prise en charge de patients souffrant de troubles liés à la consommation et de douleur chronique coexistante. Envisager des moyens de mieux gérer la douleur et orienter les initiatives éducatives	Infirmières praticiennes, troubles liés à la consommation de substances, douleur chronique	Entretiens téléphoniques semi-structurés de 90 minutes avec des questions ouvertes	La rigueur scientifique a été établie par la fiabilité et la validité. La fiabilité a été assurée par la stabilité des thèmes abordés par les participants et par l'absence de déclarations auto-contradictaires dans le délai imparti.	Les collègues ne voulaient pas prescrire d'opioïdes pour le traitement de la douleur car ils ne se sentaient pas à l'aise et avaient peur de provoquer une dépendance. Les compagnies d'assurances ne payent pas les moyens non pharmacologiques. Instaurer l'éducation thérapeutique et maintenir une relation thérapeutique basée sur la confiance. L'importance de l'évaluation et de l'atténuation des risques d'addiction (utilisation ORT)
Niveau de preuve IV	Échantillonnage Non probabiliste	Question de recherche Quelles sont les expériences des APRN en matière de gestion de la douleur chez les patients souffrant à la fois de MUS et de douleur chronique ?		Questionnaire démographique contenant également des questions sur le temps de pratique et les diplômes		Conclusions Les expériences des infirmières praticiennes concernant le passage de patients souffrant de troubles liés à la consommation et de douleur dans leurs pratiques, et les nombreux obstacles à des soins sûrs et efficaces. Ces obstacles étaient le manque de couverture d'assurance et l'accès géographique aux spécialistes de la toxicomanie, aux psychologues et aux modalités non médicales. De plus, les infirmières praticiennes de cette étude ont utilisé leurs connaissances et leurs compétences pour éduquer les patients sur les changements de comportement qui réduisent la douleur, ainsi que pour éduquer les autres prestataires de soins de santé sur la gestion de la douleur tout en minimisant les risques.
Paradigme Descriptif	Les données ont été recueillies à l'échelle nationale auprès d'infirmières praticiennes exerçant en milieu hospitalier ou ambulatoire. Des annonces ont été placées sur la liste de diffusion de l'American Society for Pain Management Nursing.	Quels sont les problèmes et les défis auxquels font face les infirmières auxiliaires autorisées dans la prise en charge des patients souffrant à la fois d'un trouble spécifique du comportement et de douleur chronique ?		Éthique L'approbation du comité de révision institutionnel a été obtenue par l'Université de l'Iowa.	Logiciels Non précisé	Limites de l'étude Les résultats n'ont pas pu être généralisés au-delà de cet échantillon d'infirmières praticiennes qui étaient des membres actifs d'une organisation de gestion de la douleur.
	Critères d'inclusion Traiter des personnes souffrant à la fois de troubles liés à la consommation et de douleurs chroniques, qu'elles soient hospitalisées ou non Infirmières autorisées à prescrire des substances contrôlées des listes II et III et prescrivant des opioïdes à des patients souffrant de douleurs chroniques Parlent anglais et acceptent d'être interviewées pendant 90 minutes	Selon les APRN, quels sont les problèmes que posent les protocoles de soins actuels lorsqu'une personne souffre à la fois de MMUU et de douleur chronique ?				
	Critères d'exclusion Non précisé	Hypothèse Non précisé				
		Variables Non précisé				

Annexe II : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Gedda, 2015, p. 43)

Annexe III : Pyramide de preuve

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 1 : Grade des recommandations (Haute autorité de santé, 2013, p. 8)

Annexe IV : Glossaire général

Dans ce travail, les termes se rapportant à ce glossaire ont été mentionnés avec un astérisque (*).

Acupressure : « Stimule les points des douze canaux de circulation d'énergie (méridiens) qui parcourent le corps. Au lieu de piquer ces points à l'aide d'aiguilles fines, les médecins et les thérapeutes appuient dessus avec une intensité variable. » (CSS, 2019)

Aire tegmentale ventrale : « Constitué de groupe de neurones se trouvant dans le mésencéphale. Les neurones de cette région synthétisent la dopamine que leurs axones dirigent ensuite vers le noyau accumbens. Elle est aussi sous l'influence des endorphines dont les récepteurs sont la cible des drogues opiacées. » (Maldonado, 2010)

Alcaloïde : « Correspond au nom générique de diverses substances appartenant à la chimie organique, d'origine végétale, ayant des propriétés thérapeutiques ou toxiques (surtout à l'état pur). » (Vulgaris Médical, 2021)

Aréflexie : « Absence de réflexes. » (Vulgaris Médical, 2021)

Bradycardie : « Fréquence cardiaque anormalement lente, inférieure à 60 battements par minute. » (Marieb & Hoehn, 2015)

Bradypnée : « Fréquence respiratoire <10/min. » (Doyon & Longpré, 2016, p. 49)

Cannabinoïdes : « Substances naturelles extraites du chanvre indien (*Cannabis sativa*) et des analogues synthétiques (autrement dit : des substances similaires fabriquées de manière artificielle). » (Antidoping, 2021)

Dopamine : « Est un neurotransmetteur appartenant aux catécholamines. Il favorise l'envie et le désir. » (Vulgaris Médical, 2021)

Dynorphine : « Peptide de dix-sept acides aminés, neuromédiateur des synapses. » (Encyclopédie Universalis, 2021)

Dysphorie : « Sentiment d'être en mauvaise santé, hypocondrie. » (Encyclopédie Universalis, 2021)

Endorphine : « Ils comprennent la bêta-endorphine et la dynorphine, et les enképhalines agissent comme des opiacés naturels en réduisant la perception de la douleur dans certaines conditions stressantes. » (Marieb & Hoehn, 2015, p. 488)

Équianalgésique : « Le rapport qualitatif entre la puissance réelle en milligrammes d'analgésiques comparables nécessaire pour obtenir un effet thérapeutique équivalent. » (The free dictionary, 2012)

Hypercapnie : « Concentration élevée de dioxyde de carbone dans le sang. » (Marieb & Hoehn, 2015)

Hypoxémie : « Apport insuffisant d'oxygène dans le sang. » (Marieb & Hoehn, 2015)

Infirmières praticiennes : « Ce sont des infirmières diplômées en pratique avancée titulaires d'un diplôme d'études supérieures en soins infirmiers. Cette formation les prépare à gérer les douleurs chroniques en adoptant une approche globale des soins aux patients. » (Chaudhary & Compton, 2017)

Myosis : « Pupilles contractées. » (Doyon & Longpré, 2016, p. 389)

Neuromédiateur : « Le neuromédiateur ou médiateur chimique est une substance chimique (appelée également neurotransmetteur), fabriquée par l'organisme et permettant aux cellules nerveuses (neurones) de transmettre l'influx nerveux (message), entre elles, ou entre un neurone et une autre variété de cellules de l'organisme (muscles, glandes). » (Vulgaris Médical, 2021)

Neurones dopaminergiques mésolimbiques : « Sont au centre de processus de récompense. Ces neurones sont activés par la plupart des drogues ou substances psychoactives. Ils jouent un rôle important dans les aspects psychiques de la dépendance, c'est-à-dire la sensibilisation et l'envie irrésistible de consommer la drogue. » (Hammond, 2006)

Noyau accumbens : « Ensemble de neurones situés à l'intérieur de la zone corticale proencéphalique. » (Tassin, 2007)

Orofaciales : « Relatif à la bouche et au visage. » (Encyclopédie Universalis, 2021)

Pilorection : « Érection (redressement) des poils observés lors du frisson. » (Vulgaris Médical, 2021)

Rhinorrhée : « Écoulement par les voies nasales souvent associé à une congestion nasale. » (Doyon & Longpré, 2016, p. 306)

Synapse : « Jonction fonctionnelle ou point de contact étroit entre deux neurones ou entre un neurone et une cellule effectrice ; comprend la fente synaptique, un espace entre la membrane présynaptique et postsynaptique. » (Marieb & Hoehn, 2015)

Système de récompense : « Situé dans le cerveau le long du faisceau médian du télencéphale. Processus biologique qui participe à la sensation subjective du plaisir. » (Hammond, 2006)

Système nerveux : « Système de régulation qui agit rapidement pour déclencher la contraction musculaire ou la sécrétion glandulaire. » (Marieb & Hoehn, 2015)

Tachycardie : « Fréquence cardiaque anormalement élevée ; supérieure à 100 battements par minute. » (Marieb & Hoehn, 2015)

Annexe V : Glossaire méthodologique

Dans ce travail, les termes se rapportant à ce glossaire ont été mentionnés avec deux astérisques (**).

Analyse de la variance (ANOVA) : « Test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupe. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Analyse de régression : « Technique statistique servant à caractériser le modèle de relation entre la ou les variables indépendantes et la variable dépendante, toutes deux quantitatives. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 425)

Analyse/statistique descriptives bivariées : « Servent à caractériser des relations entre deux variables simultanément. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 403)

Analyse/statistique descriptives univariées : « Résumant les données d'une variable à l'aide de la médiane, la moyenne ou l'écart-type. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 403)

Base de données : « Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Biais : « Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Biais d'évaluation : « Il survient quand la mesure du critère de jugement n'est pas réalisée de la même manière dans les deux groupes. Le double insu limite le risque de biais d'évaluation. » (Cucherat, 2021, p. 7)

Biais de confusion : « Le biais de confusion est le biais entraîné par l'absence de prise en considération des facteurs de confusion. Pour l'éviter, l'essai doit être comparatif et doit comporter un groupe contrôle contemporain utilisé comme référence. » (Cucherat, 2021, p. 5)

Biais de publication : « Les études qui montrent des résultats favorables pour un traitement ont beaucoup plus de chance d'être publiées, et souvent sous plusieurs formes, que des études ne montrant pas de différence versus autre traitement, ou même des résultats non favorables. » (Minerva, 2021)

Biais de sélection : « Le biais de sélection survient lorsque les deux groupes de l'essai ne sont pas comparables. Une différence entre les deux groupes peut alors apparaître en dehors de tout effet du traitement. » (Cucherat, 2021, p. 5)

Cadre de référence : « Brève explication fondée sur l'agencement logique d'un ensemble de concepts et de sous-concepts liés entre eux et réunis en raison de leur affinité avec le problème de recherche. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Cadre théorique : « Brève explication fondée sur une ou plusieurs théories existantes se rapportant au problème de recherche. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Cas-témoin emboîté : « Consiste à recruter d'une part des personnes présentant l'événement de santé d'intérêt, et d'autre part un groupe de personnes comparables mais ne présentant pas l'événement de santé (ou témoins). » (Ipubli, 2011)

CINHAL : « Base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Coefficient alpha de Cronbach : « Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Collecte des données : « Processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Consentement : « Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Corrélation : « Type de relation qui, mesurée statistiquement, produit une valeur numérique, le coefficient de corrélation. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 423)

Corrélation de rang de Spearman (rs) : « Indice numérique qui résume le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle ordinale. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Crédibilité : « Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Critères de sélection : « Liste des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et les critères d'exclusion. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Écart-type : « Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échantillon : « Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échantillon par choix raisonné : « Choix des éléments basé sur le jugement du chercheur par rapport à leur caractère typique ou atypique. Permet d'étudier des phénomènes rares

ou inusités ; peu de représentativité de l'ensemble de la population. » (Dufour & Larivière, 2012)

Échantillonnage : « Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échantillonnage accidentel ou de commodité : « Méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échantillonnage non probabiliste : « Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échelle de Likert : « Échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

Étude descriptive simple : « Décrit les caractéristiques d'un phénomène ou d'une population. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 224)

Étude longitudinale : « Examine les changements auprès des mêmes sujets sur une période de temps et établit des relations. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 224)

Étude mixte : « Méthodologie combinant ou associant des méthodes qualitatives et quantitatives dans une même étude afin de répondre de façon optimale à la question de recherche. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 246)

Étude pilote : « Étude préparatoire avant une étude principale. L'objectif est de vérifier si le plan de l'étude et les instruments de mesure sont adaptés. Les scientifiques peuvent ainsi mieux évaluer si l'étude principale prévue a des chances d'être réussie. Le groupe étudié est de taille modeste par rapport à l'étude principale prévue. » (Swiss spinal cord injury cohort study, 2018)

Étude transversale : « Examine les données recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 224)

Fiabilité : « Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501)

Hypothèse de recherche : « Affirmation d'une relation anticipée entre deux variables et qui doit être démontrée par des résultats. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501)

Objectivité : « Un des critères de rigueur de la recherche quantitative ; il correspond au critère de confirmabilité dans la recherche qualitative. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 377)

Paradigme : « Conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

Recherche qualitative : « Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)

Recherche quantitative : « Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)

Recherche quasi expérimentale : « Recherche qui ne répond pas à toutes les exigences du devis expérimental du fait qu'il manque le groupe témoin, ou la répartition aléatoire, ou les deux. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 33)

Sélection homogène : « Sélection des participants qui partagent les mêmes caractéristiques en ce qui a trait aux variables étrangères. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 174)

Statistique descriptive : « Permet au chercheur de résumer un ensemble de données brutes à l'aide de tests statistiques. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 290)

Test de khi-deux (Khi^2) : « Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Test exact de Fisher : « Réservé spécialement aux petits échantillons. Il s'agit d'un test de proportion sur deux échantillons indépendants. » (Baudot, 2008)

Test U de Mann-Whitney : « Test non paramétrique utilisé pour déterminer s'il existe une relation entre deux groupes quand une variable est dichotomique et que l'autre variable est à échelle ordinale. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 429)

Test Wilcoxon : « Test non paramétrique servant à déterminer s'il existe une relation entre deux mesures corrélées de la même variable dans laquelle l'échelle de mesure est au moins à l'échelle ordinale. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 430)

Test-retest : « Le test et le retest renvoient au degré de corrélation entre deux mesures prélevées à deux moments différents. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 294)

Tests statistiques non paramétriques : « Procédures statistiques inférentielles utilisées pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Tests statistiques paramétriques : « Procédures statistiques servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant en compte des postulats sur la distribution des variables. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Transférabilité : « Critère servant à évaluer l'apparition éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Triangulation : « Stratégies de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions variables à propos d'un même phénomène. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Validité : « Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Validité externe : « Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Validité interne : « Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Variable : « Caractéristique ou propriété qui peuvent prendre diverses valeurs. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Variable dépendante (VD) : « Variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Variable indépendante (VI) : « Variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)