

Table des matières

1	Introduction	6
2	Problématique.....	6
2.1	Origine de la problématique	6
2.2	Pertinence de la problématique en fonction du contexte socio-sanitaire et professionnel ...	7
2.3	Concepts.....	9
2.3.1	Addiction	9
2.3.2	Anxiété	10
2.3.3	La théorie de gestion des symptômes	11
2.4	Question de recherche	13
3	Méthodes.....	13
3.1	PICO.....	13
3.2	Bases de données utilisées.....	13
3.3	Équations utilisées.....	14
3.4	Périodiques consultés	15
4	Résultats de la recherche dans les bases de données.....	15
4.1	Critères d'inclusion.....	15
4.2	Critères d'exclusion	15
4.3	Liste des articles	16
5	Analyse critique.....	16
5.1	Bergdahl, L., Berman, A. H. & Haglund, K. (2014). Patients' expérience of auricular acupuncture during protracted withdrawal.	17
5.2	Black, S., Jacques, K., Webber, A., Spurr, K., Carey, E., Hebb, A. & Gilbert, R. (2010). Chair Massage for treating anxiety in patients withdrawing from psychoactive drugs.....	17
5.3	Chang, B.-H., Sommers, E. & Herz, L. (2010). Acupuncture and relaxation response for substance use disorder recovery.	18
5.4	Chen, K.-W., Berger, C.-C., Gandhi, D., Weintraub, E. & Lejuez, C.-W. (2013). Adding Integrative Meditation with Ear Accupressure to Outpatient Treatment of Cocaïne Addiction : a randomized controlled Pilot Study.....	19
5.5	VandeVusse, L., Hanson, L., Berner, M.-A. & White Winters, J.M. (2010). Impact of Self-Hypnosis in Women on Select Physiologic and Psychological Parameters.....	20
5.6	De Mayer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B. & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals.	21
5.7	Piacentine, L.-B. (2013). Spirituality, religiosity, depression, anxiety and drug-use consequences during methadone maintenance therapy.	22
6	Tableaux des résultats	23
7	Discussions	30
7.1	Réponse à la question de recherche.....	30
7.1.1	Stratégies délivrées par l'infirmière	30
7.1.2	Stratégies rendant le patient actif.....	31
7.1.3	Qualité de vie, les dimensions à considérer dans la prise en charge infirmière	32

7.2	Propositions pour la pratique	33
7.2.1	Schéma d'actions.....	37
8	Conclusion.....	38
8.1	Apprentissage du processus de recherche	38
8.2	Limites	38
8.3	Perspectives de recherche	39
	Références.....	41
	Annexes.....	45

1 Introduction

Etant en fin de formation en soins infirmiers, il nous est demandé d'élaborer un travail de Bachelor. Pour l'élaboration de ce dernier, nous avons été amenées à choisir une thématique qui suscite de l'intérêt pour chacune de nous deux. Etant donné que l'une de nous envisage sa carrière professionnelle dans le domaine des addictions et que l'autre porte un intérêt particulier pour l'accompagnement dans la gestion des maladies chroniques, la thématique de gestion d'un symptôme récurrent chez une personne addictive a été retenue.

Notre premier choix s'était axé sur la population addictive à l'héroïne présentant tous types de symptômes de sevrage, mais au vu du peu de publications en lien, nous avons élargi nos critères de recherche. Après de nombreuses réflexions et lectures, le symptôme de l'anxiété est apparu comme pertinent pour orienter notre travail. En effet, celui-ci apparaît dans la littérature comme étant fréquent dans la population souffrant d'addiction de tous types de substances.

A travers notre chapitre « problématique », nous exposons cette dernière ainsi que son origine et sa pertinence en regard des soins infirmiers. Puis, nous développons nos concepts qui sont l'addiction, l'anxiété et la théorie de gestion des symptômes. Ensuite, le chapitre « méthodologie » présente le procédé de nos recherches sur les bases de données scientifiques nous ayant permis de répondre à notre question clinique. Nous présentons, dans le chapitre suivant, l'analyse de nos sept articles retenus, ainsi que les résultats sous forme de tableaux comparatifs. Enfin, dans la dernière partie de notre travail, nous discutons les différents résultats et ressortons les stratégies que l'infirmière peut proposer au patient pour gérer son anxiété, à partir de données probantes. Nous soulignons également les limites de nos propositions ainsi que les perspectives de recherche.

Notre travail vise à renforcer l'importance, compte tenu de son impact sur la qualité de vie, de considérer le symptôme anxieux dans une prise en charge addictive et d'aider le patient à le gérer par des moyens non médicamenteux. Il vise également à rendre attentif le soignant aux différents facteurs contribuant à l'anxiété dans une problématique addictive, dans le but de prendre en charge ce symptôme dans sa globalité. De plus, il permet de transmettre des stratégies ou des approches complémentaires efficaces et mobilisables par la profession infirmière. Dans ce but, nous avons construit un document de synthèse permettant de guider la prise en charge.

2 Problématique

2.1 Origine de la problématique

Ayant eu toutes les deux l'opportunité d'effectuer un de nos stages infirmiers au sein d'une unité ambulatoire spécialisée dans les dépendances, notre choix s'est vite orienté et conforté à travers les différentes expériences que nous avons pu vivre.

La récurrence de l'anxiété observée chez les patients et verbalisée par certains nous a étonné, ainsi que la souffrance qu'elle peut engendrer. Nous nous sommes alors questionnées sur le rôle infirmier face à cette problématique, ainsi que sur la manière dont le soignant peut aider la personne à gérer ce symptôme.

2.2 Pertinence de la problématique en fonction du contexte socio-sanitaire et professionnel

Un Malaise s'ensuit, que seule la prise de produits va calmer. Voilà les patients pris dans un cercle vicieux qu'ils ne maîtrisent pas ! Esclaves, toute leur attention se tourne vers les demandes de leur nouvelle condition. Leur avenir est compromis, leur engagement en souffre, leur santé aussi et quelquefois leur vie. Ils vivent entre deux normes, celle de leur passé et celle, incompatible avec la première, que leur nouvel état commande (Cungi & Nicole, 2014, p.7).

Cette citation saisissante en dit beaucoup sur la complexité que représente, encore aujourd'hui, l'addiction et laisse imaginer ses nombreuses conséquences sur la personne. Dans la littérature, la prévalence des addictions en Suisse est scindée en plusieurs catégories, raison pour laquelle il est difficile de trouver un chiffre les englobant. Dans ces catégories, le Monitoring Suisse des Addictions estime à 250'000 le nombre de personnes alcoolo-dépendantes, à 0,7 % de la population ayant une consommation d'héroïne en 2014 et entre 1-3% la prévalence de la consommation de cocaïne (2016a, 2016b, 2016c). De plus, « chaque année, les problèmes liés aux addictions entraînent plus de 11 000 décès » (Addiction Suisse, février 2016).

L'usage de substance psychoactive et l'addiction représentent un lourd fardeau autant pour l'individu que pour la société (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Selon Addiction Suisse, « une dépendance touche tous les niveaux de vie de la personne concernée » (n.d.). Elle peut être associée à un environnement social anxieux et à une marginalisation sociale (Zullino & Manghi, 2013). Avec l'addiction « la performance au travail diminue, les centres d'intérêts se restreignent, le réseau social s'amointrit. [...] Des problèmes sociaux et des problèmes économiques peuvent s'y ajouter. » (Addiction Suisse, n.d.). Les conséquences sur les liens familiaux peuvent également être importantes et les personnes peuvent être confrontées à un sentiment de solitude et d'isolement social, ou encore de baisse de l'estime d'eux-mêmes.

S'ajoutant à cela, divers symptômes peuvent être vécus par la personne. Selon le Collège Romand de Médecine de l'Addiction (COROMA) (2013), un état négatif accompagné de sentiments de tristesse, d'anxiété et d'irritabilité sont, entre autres, des conséquences liées à l'addiction. En effet, Iliceto et al. (2010) ainsi que Maremmanni et al. (2010) (cités dans Shu-Mei, Shi-Hui & Yue, 2013), renforcent bien cette idée en affirmant que la qualité de vie de personnes dépendantes est bien souvent compromise, en raison de divers problèmes physiques et psychologiques dont elles souffrent [traduction libre] (p.1239-p.1240).

L'anxiété est le symptôme sur lequel notre intérêt se porte. Palazzolo la décrit comme « une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne » (2007, p. 62). Le rapport entre l'anxiété et l'addiction est d'une grande complexité (Zullino & Manghi, 2013). En effet, le trouble anxieux peut tout aussi être un facteur ayant favorisé l'apparition de l'addiction qu'une conséquence de celle-ci (Zullino & Manghi, 2013). Nous focalisons notre travail sur l'anxiété consécutive à l'addiction, qu'elle soit pathologique ou non, car celle présente antérieurement pourrait nécessiter une prise en charge bien plus complexe.

Divers facteurs pouvant être anxieux, en lien avec une addiction, sont relevés dans la littérature. Zullino et Manghi (2013) rapportent que l'effet direct de la substance elle-même au

niveau du cerveau peut être anxiogène, ainsi que les symptômes de sevrage qui en découlent. Nous mettons également cela en lien avec la recherche du produit, notamment lorsqu'elle est poussée par le manque de celui-ci. Ces mêmes auteurs mettent en évidence que le contexte social de la personne peut représenter un facteur anxiogène (2013). Les diverses autres conséquences citées plus haut sont également propices à générer de l'anxiété.

Au vu de cela, si ce symptôme n'est pas suffisamment considéré dans la prise en soins, il pourrait compliquer davantage la qualité de vie et devenir une comorbidité. En effet, Zullino et Manghi notent que « la National Comorbidity Study (NCS) avait relevé que les troubles anxieux étaient la comorbidité la plus prévalente (19 %) chez les sujets avec une addiction » (2013, p. 189).

Compte tenu de la complexité de la problématique addictive et des facteurs anxiogènes, ainsi que du risque de développer une comorbidité et d'impacter la qualité de vie, il nous semble essentiel que l'évaluation ainsi que la prévention ou la gestion de l'anxiété chez cette population soit une priorité dans les interventions infirmières. Bien qu'il existe des traitements médicamenteux permettant de réduire l'anxiété, telles que les benzodiazépines, ceux-ci peuvent aussi être la cause d'une nouvelle dépendance (Morel, Chappard & Couteron, 2012). De ce fait, l'infirmière pourrait intervenir en prodiguant des soins visant à prévenir, gérer ou réduire l'anxiété ou en enseignant des techniques simples et peu coûteuses au patient qu'il pourra, alors, utiliser lui-même. La théorie de gestion des symptômes nous guide dans l'évaluation de la symptomatologie de manière globale, pour ainsi proposer des stratégies personnalisées.

De plus, concernant la politique en matière de drogues, la Suisse a adopté la politique des 4 piliers. Ce modèle, plutôt que d'avoir une action uniquement répressive sur l'usage des drogues, vise à mettre à disposition des prestations permettant aux toxicomanes de sortir ou de mieux gérer leur addiction et de réduire les risques socio-sanitaires qui en sont liés (Savary, 2007). Pour la pratique infirmière, ce modèle met l'accent sur le but de notre prise en charge, qui n'est pas de guérir la dépendance, mais de réfléchir à comment améliorer la qualité de vie des personnes. L'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP) définit les 4 piliers comme suit :

Le pilier « prévention » contribue à la réduction de la consommation de drogues en évitant que les gens ne se mettent à en consommer et ne développent une dépendance.

Le pilier « thérapie » contribue à la réduction de la consommation de drogues en permettant de sortir d'une dépendance ou à en préserver la possibilité. Elle contribue en outre à la promotion de l'intégration sociale et de la santé des personnes traitées.

Le pilier « réduction des risques » contribue à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur les usagers et - indirectement - sur la société en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux.

Le pilier « répression et régulation du marché » contribue, par des mesures de régulation servant à appliquer l'interdiction des drogues illégales, à réduire les effets négatifs de la consommation de drogues (n.d.).

Afin de répondre aux demandes de cette politique, des structures ambulatoires bas-seuil existent en Suisse. Ces dernières présentent de faibles exigences, permettant l'accès aux soins, au traitement et à la réduction des risques (Hardegger, Hasenhoeller, Scheuber & Rihs-Middel, 2009). Ces structures sont celles auxquelles nous nous intéressons, car d'après-nous, la

population ciblée par celles-ci est plus propice à vivre de l'anxiété et à avoir des difficultés pour y faire face.

Dans notre travail, nous ciblons particulièrement les piliers « réduction des risques » et « thérapie ». En effet, la réduction de l'anxiété ou la meilleure gestion de celle-ci vise, d'une part, à améliorer la qualité de vie de la personne, en améliorant sa santé mentale et ainsi réduire les conséquences psychiques et sociales de l'addiction. D'une autre part, il est fort probable qu'en diminuant son anxiété, la personne puisse être plus apte à gérer sa consommation.

La population que nous ciblons dans notre travail, est celle de personnes présentant une addiction à une substance psychoactive, quelle qu'elle soit, chez qui de l'anxiété est ressentie. Nous ne précisons pas la phase de dépendance dans laquelle la personne se trouve, car que ce soit en phase de consommation active ou en phase d'abstinence, de l'anxiété peut être ressentie et engendrer une souffrance.

2.3 Concepts

2.3.1 Addiction

En 2008, Goodman nous propose de définir l'addiction comme un « comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété des tentatives de contrôle et par sa persistance en dépit des conséquences négatives » (Lançon, 2013, p. 9). Cette définition place l'addiction dans un comportement motivé pour rechercher au départ un plaisir, mais pouvant par la suite entraîner des dommages pour la santé ou une perte de contrôle. De plus, cette problématique amène la personne à développer des apprentissages pathologiques (COROMA, 2013). En effet, celle-ci « se développe avec le glissement de comportements sous le contrôle de décisions conscientes vers des comportements automatisés et compulsifs » (COROMA, 2013, p.15). Le Groupement Romand des Etudes des Addictions (GREAA), souligne le fait que pour parler d'addiction, une souffrance et une perte d'autonomie doivent être présentes (2012).

La définition de l'addiction diffère de celle de la dépendance, qui elle sous-entend le processus par lequel la consommation régulière engendre un déséquilibre du fonctionnement neurobiologique de la personne (COROMA, 2013). Le concept d'addiction nous intéresse davantage, car comme le précise le GREAA (2012), il « propose une vision plus large et s'intéresse à la relation d'ensemble entre l'individu et le produit/comportement », ce qui peut nous donner plus d'impact par notre pratique infirmière.

Notre travail portant sur la population ayant une problématique addictive à une substance psychoactive, il nous semble pertinent d'apporter une brève définition de cette dernière. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016) « une substance psychoactive s'entend d'une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect ». Leur présence perturbe l'équilibre interne du cerveau et conduit à des modifications physiologiques cérébrales, lorsque la consommation devient répétitive. Cette modification conduit à des mécanismes de tolérance qui auront comme conséquence l'augmentation des doses et de la fréquence de l'usage de substance (COROMA, 2013).

Lorsqu'elle devient répétitive et chronique, l'arrêt de la consommation engendre des symptômes de sevrage et un état de manque provoquant une douleur physique et psychique importante (Lejoyeux, 2013). Ces derniers peuvent être variables selon le type de substance utilisée

(Gouvernement du Canada, 2014). Le patient peut alors ressentir des périodes de *craving*, caractérisées par le besoin irrésistible et ardent de consommer, accompagnées de pensées obsédantes et impérieuses pouvant l'amener dans un état de grande tension (Lançon, 2013). Cet état prédispose la personne à une nouvelle consommation, afin qu'elle puisse ressentir, non plus les effets positifs du produit, mais réduire les effets négatifs provoqués par l'arrêt de la consommation (COROMA, 2013). Enfin, un cercle vicieux s'installe où frustration, répétition du comportement, augmentation de doses et ajouts ou changements de substances coexistent (COROMA, 2013). L'anxiété pourrait contribuer, entre autre, au maintien de ce cercle vicieux.

Par ses propos, Lejoyeux (2013) avance que l'addiction peut aboutir à une désinsertion sociale, à un affaiblissement des compétences sociales et relationnelles ainsi qu'à une rupture des liens familiaux. De plus, il ajoute que la gestion du quotidien ou du budget financier peut s'avérer difficile pour cette population (Lejoyeux, 2013). L'accès au logement, aux soins, ainsi qu'à une activité professionnelle peut également être problématique (Lejoyeux, 2013).

Au vu de cela, la volonté de sortir d'une addiction ne suffit pas à la personne pour arrêter sa consommation. En effet, plusieurs facteurs de risque de rechute, tels que les états émotionnels négatifs, la pression sociale et les conflits interpersonnels rendent le contrôle de la consommation, voire l'abstinence, laborieuses à maintenir (Marlatt & Donovan 2008).

De ce fait, la prise en charge doit s'inscrire « dans une dynamique médico-psycho-sociale [...]. Cette approche globale découle d'une conception multifactorielle du trouble. Elle va également permettre de traiter les problèmes accumulés dans différents domaines, en lien direct avec le comportement addictif » (Lejoyeux, 2013, p.70). Jaquet, Spring et Mathys (2008) ajoutent que la dimension spirituelle doit être intégrée dans cette approche, afin que l'accompagnement tende vers une meilleure qualité de vie. En effet :

« La spiritualité est un élément constitutif de l'existence humaine qui permet de trouver un sens et une direction à la vie. Cette base spirituelle du sens est ce qui meut la personne pour lui permettre de construire l'ouverture vers une meilleure qualité de vie hors des comportements d'addiction qui l'enferment. » (Jaquet, et al., 2008, p. 9).

2.3.2 Anxiété

Howel définit l'anxiété comme un sentiment de stress ou de tension face à des stimuli connus ou inconnus [traduction libre] (2011, p. 290). D'autres auteurs comme Cook et Lee Fontaine définissent l'anxiété comme « une sensation pénible qui se manifeste en réaction à la peur de souffrir ou de perdre quelque chose d'important » (1991, p. 311).

Ces définitions considèrent l'anxiété en tant que symptôme et non en tant que pathologie. En effet, elle est considérée comme normale lorsqu'elle apparaît suite à un danger ou à une menace mettant en péril la personne et lorsqu'elle se dissipe à la disparition de ce danger (Townsend, 2010). En revanche, « l'anxiété devient pathologique lorsqu'elle perturbe de manière non négligeable la vie du sujet. [...]. Elle peut alors empêcher le sujet d'agir efficacement, voire le rendre incapable de gérer ses activités quotidiennes » (Palazzolo, 2007, p. 61).

Plusieurs stades de l'anxiété existent. Fortinash et Holoday Worret (2013) exposent que « les personnes qui fonctionnent de façon optimale se situent généralement à un stade léger d'anxiété, qui facilite l'apprentissage, la créativité et le développement personnel » (p.290). Ces mêmes auteurs décrivent un stade modéré comme « un mécanisme d'adaptation permettant de faire

face à des situations plaisantes ou déplaisantes » (2013, p. 290). Lors d'anxiété grave « la personne consacre surtout son énergie à la réduction de la souffrance et du malaise occasionnés par l'anxiété plutôt qu'à l'adaptation à son environnement » (Fortinash et Holoday Worret, 2013, p. 290). L'anxiété peut également atteindre le stade appelé *panique* où « la personne est désorganisée et présente un accroissement de son activité motrice, une distorsion de son champ visuel et perceptif, une perte de pensée rationnelle et une réduction de sa capacité d'entrer en relation avec les autres » (Fortinash et Holoday Worret, 2013, p.290).

De plus, Howel précise que l'anxiété peut être accompagnée de signes physiques typiques, tels que des palpitations, des sueurs, une tachycardie, des tremblements, une perte d'appétit, des céphalées, des douleurs abdominales ou encore une sensation de souffle coupé [traduction libre] (2011, p. 290). En ce qui concerne les symptômes psychiques, Palazzolo mentionne « une inquiétude importante vis-à-vis de son avenir ou de celui de ses proches, avec idéation de scénario de catastrophe ou d'échec » (2007, p.62). Mais encore, une altération des performances de la personne par des perturbations cognitives ou une inhibition de la pensée, tout comme des manifestations comportementales telles qu'une agitation improductive et désordonnée ou de l'agressivité peuvent être présentes (Palazzolo, 2007).

Pour reprendre l'hypothèse que l'addiction favorise le trouble anxieux, des auteurs mettent en évidence plusieurs facteurs, dont un serait l'effet direct de la substance elle-même causant l'anxiété :

L'alcool a été directement impliqué dans l'augmentation de la sensibilité à l'anxiété. [...]. Chez le sujet sain, le cannabis peut altérer les perceptions et augmenter le niveau d'anxiété. [...]. En ce qui concerne la cocaïne, la consommation active (en comparaison des phases d'abstinence) peut augmenter le risque d'attaque de panique par un facteur de 3 à 4 (Zullino & Manghi, 2013, pp. 190-191).

L'infirmière évalue alors l'état de santé physique et mentale en relevant les signes et symptômes en lien avec l'anxiété ressentie par le patient, afin de reconnaître les manifestations dysfonctionnelles (Fortinash et Holoday Worret, 2013). Ainsi elle adapte la relation thérapeutique ainsi que ses interventions en conséquence (Fortinash et Holoday Worret, 2013). De plus, selon la théorie de gestion de symptôme, l'infirmière doit s'intéresser à la perception et à l'évaluation individuelle du symptôme, ainsi qu'aux réponses que la personne donne à son expérience de symptôme.

En ce qui concerne le traitement de l'anxiété, « les interventions pharmacologiques, seules ou en combinaison avec des interventions cognitivo-comportementales, font partie des méthodes efficaces [...]» (Fortinash et Holoday Worret, 2013, p. 306). De plus, ces mêmes auteurs incluent dans les modalités de traitements, des approches complémentaires et parallèles utiles et reconnues en santé mentale (Fortinash et Holoday Worret, 2013).

2.3.3 La théorie de gestion des symptômes

Ayant été développée par différents chercheurs et revisitée en 2008 par Humphreys, Lee, Carrieri-Kohlman, Puntillo, Faucett et Janson dans le contexte de maladie chronique, la théorie de gestion de symptôme (TGS) permet de structurer et d'organiser la pratique infirmière auprès de cette population (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl & Viens Python, 2013). En effet, elle met l'accent sur le vécu de la personne à travers un symptôme ou un symptôme *cluster* (qui est alors un

regroupement de différents symptômes), et vise à évaluer les stratégies de gestion que la personne met en place, à proposer des stratégies de gestion et à évaluer les effets des interventions en lien (Eicher et al., 2013).

Notre choix s'est porté sur cette théorie, d'une part pour encrencher notre travail dans la discipline infirmière et d'une autre part pour étudier le symptôme de l'anxiété dans son ensemble. Pour commencer, il nous semble pertinent de définir ce qu'est un symptôme. Selon Dodd, Janson et al., (cité dans Eicher et al., 2013) :

Un symptôme se définit comme une expérience individuelle reflétant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les perceptions ou dans la cognition d'une personne. A contrario, un signe se définit comme une manifestation objective de la maladie, identifiée par la personne elle-même ou par d'autres (p. 16).

Ces mêmes auteurs ont donné plusieurs postulats préalables à l'utilisation de cette théorie. Le premier est que « l'évaluation des symptômes doit se baser sur la perception de l'individu qui expérimente le symptôme et qui l'autoévalue » (2013, p.16). Le second et le troisième postulat sont que « tout symptôme gênant doit être géré » et que « les stratégies de symptômes peuvent s'adresser à la personne, à une famille, à un groupe ou à un environnement de travail » (Eicher et al., 2013, p.16). Enfin, le dernier est que « la gestion des symptômes est un processus dynamique qui peut être modifié par les résultats obtenus par la personne et par les interrelations entre elle, la santé/maladie et l'environnement » (Eicher et al., 2013, p.16).

La TGS définit trois concepts centraux qui sont : la *personne* comprenant des variables démographiques, sociologiques, développementales et physiologiques, puis *l'environnement* physique, social et culturel, et enfin la *santé/maladie* qui englobe les variables de l'histoire de santé du patient (Eicher et al., 2013). Ces concepts déterminent les stratégies d'interventions que l'infirmière met en place, de manière à personnaliser les soins et à favoriser l'adhésion du patient.

La TGS met également en évidence trois concepts clés pour son analyse. Ces concepts sont en relations entre eux et s'influencent les uns les autres (Eicher et al., 2013). *L'expérience du symptôme* qui « consiste de façon simultanée en une perception, une évaluation et une réponse face à un changement dans les sensations habituelles d'une personne » (Eicher et al., 2013, p.17). Les *stratégies de gestion des symptômes* visent à réduire la fréquence, minimiser la sévérité ou soulager le fardeau associé au symptôme (Eicher et al., 2013). Les *effets obtenus sur l'état des symptômes*, permettant de juger la pertinence d'une stratégie, se perçoivent par des changements objectivables sur l'état de santé de la personne, tel qu'un meilleur fonctionnement physique et mental ou une meilleure qualité de vie (Eicher et al., 2013).

Afin d'apporter une définition de la qualité de vie, L'OMS nous propose la suivante (1994, cité dans OMS, 2002, p.13) :

La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.

La notion d'amélioration de la qualité de vie et du fonctionnement physique et mental s'inscrit dans les missions de « réduction des risques » et de « thérapie » de la politique des quatre piliers, ce qui donne à la TGS tout son sens dans le domaine de l'addiction.

2.4 Question de recherche

Enfin, la question de recherche retenue afin de construire notre travail de Bachelor est :

Quelles sont les interventions non médicamenteuses que l'infirmière peut proposer pour aider le patient addicté à une substance, à gérer son anxiété, dans le but d'améliorer sa qualité de vie ?

3 Méthodes

Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie de notre recherche. Nous commençons par exposer, à l'aide de la méthode PICO, les différentes dimensions de notre question de recherche. Afin de la construire, nous avons consulté diverses sources telles qu'Addiction Suisse, Infoset ou encore le GREA et le magazine « Dépendances ». Afin d'obtenir des données statistiques et déterminer l'ampleur de la problématique addictive, nous avons fait des recherches sur le Monitoring Suisse des Addictions et l'OFSP. Par la suite, nous avons poursuivi nos lectures à partir d'ouvrages consultés au centre de documentation de la Haute Ecole de Santé La Source (CEDOC). Dans le but de répondre à notre question de recherche finale, nous avons fait des recherches sur les bases de données proposées par notre école.

Ces diverses bases de données, les équations utilisées et les périodiques desquels nous avons tiré nos articles sont présentés ci-dessous.

3.1 PICO

Afin de construire notre question de recherche et nous guider dans nos recherches, nous avons utilisé la méthode PICO comme suit :

- Population étudiée : personne addicté à une substance
- Intervention : interventions infirmières non pharmacologiques
- Comparaison : pas de comparaison dans notre travail
- Outcome : gestion de l'anxiété, amélioration de la qualité de vie

3.2 Bases de données utilisées

CINHAL et PubMed sont les deux bases de données que nous avons principalement utilisées pour mener notre revue de littérature, toutefois, afin de s'assurer d'obtenir tous les résultats possibles, nous avons soumis diverses de nos équations de recherche à la base de données « Google Scholar ». CINAHL est une base de données couvrant principalement le domaine des soins infirmiers, mais également des sciences médicales (Université de Montréal, 2016). Elle répertorie plus de 2900 périodiques et publie, depuis 1981, plusieurs types de parutions (Université de Montréal, 2016). PubMed, qui est la version gratuite de Medline, est une base de données internationale en sciences de la santé et sciences biomédicales répertoriant plus de 5600 périodiques et faisant des publications depuis 1946 (Université de Montréal, 2016).

3.3 Équations utilisées

Nous avons d'abord défini des mots clés puis, nous les avons vérifié dans le thésaurus de CINHAL et de MESH afin qu'ils correspondent bien à des descripteurs connus de la base de données correspondante. Nous avons également utilisé certains descripteurs à cause de leur récurrence dans les articles portant sur notre sujet. Nous vous présentons ci-dessous les mots clés utilisés et le détail des descripteurs des bases de données correspondant à nos mots clés se trouve en annexe I.

- Dépendance à une substance
- Addiction
- Anxiété
- Qualité de vie
- Interventions non médicamenteuses
- Soins infirmiers
- Prévention

Dans la conception de nos équations, il nous a parfois été nécessaire d'utiliser la fonction « explode » du thésaurus de CINHAL, qui permet d'élargir les résultats. En effet, nous avons constaté qu'il existe peu de publications portant sur notre sujet, c'est pourquoi nous avons adapté notre méthode de recherche. Dans le tableau ci-dessous, figurent les équations auxquelles nous avons soumis cette fonction. Ces dernières sont signalées comme suit : MH « exemple + ». Nous avons fréquemment fait recours à l'historique de recherche pour combiner plusieurs équations afin d'en former une nouvelle.

Les équations finales sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

Équations utilisées sur CINHAL

Équation	Limites appliquées	Résultats obtenus	Résultats retenus
(MH "Alternative Therapies+" AND MH "Substance Dependence+") AND Anxiety		63	2
(MH "Relaxation Techniques+ AND anxiety) AND Substance Use Disorders+		28	1
MW hypnosis AND MW self care	2006-2016	46	1
MW Substance Dependence AND MW Anxiety	2006-2016	108	1

Équations utilisées sur PubMed

Équation	Limites appliquées	Résultats obtenus	Résultats retenus
((Complementary therapies OR self care [MeSH Terms]) AND (anxiety OR quality of life [MeSH Terms]) AND substance-related disorders [MeSH Terms]) AND (((nursing [MeSH Terms]) OR nursing care [MeSH Terms]) OR nurse's role [MeSH Terms]) OR nurs*)		18	1

(Substance-Related Disorders OR Behaviour, Addictive [MeSH Terms]) AND Qualitative Research [MeSH Terms])) AND (nursing OR nursing care OR nurse's role [MeSH Terms] OR nurs*)		119	1
--	--	-----	---

3.4 Périodiques consultés

Nous avons tiré nos articles de périodiques différents. Le « Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing », le « International Journal of Nursing Studies », le « Western Journal of Nursing Research » et le « Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing » sont des revues internationales traitant du domaine des soins infirmiers. L'article que nous avons tiré du dernier susmentionné ne porte pas sur notre population, mais nous permet de répondre partiellement à notre question de recherche. Deux de nos articles sont tirés de « The Journal of Alternative and Complementary Medicine » qui est une revue internationale portant sur l'évaluation et l'intégration des médecines alternatives et complémentaires dans la pratique et un autre est paru dans le « Journal of Substance Use » qui est une revue internationale publiant des articles concernant un large éventail de questions relatives à l'utilisation de substances licites ou illicites. Tous les périodiques sont « peer-reviewed ».

4 Résultats de la recherche dans les bases de données

Après avoir lu et pris connaissance du but de l'étude, de la méthodologie et des principaux résultats des différents articles portant sur notre problématique, nous avons réduit nos résultats à sept articles.

4.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sur lesquels nous nous sommes basées pour retenir nos articles sont les suivants :

- Étude ayant été publiée entre 2006 et 2016.
- Étude ayant, dans les données récoltées, l'évaluation de l'anxiété et/ou de la qualité de vie.
- Dans la mesure du possible, personnes présentant une problématique d'addiction à une substance, quelle qu'elle soit, comme public cible.
- Dans la mesure du possible, au moins un auteur infirmier, le cas échéant, auteurs issus du domaine des soins (intérêt pour la multidisciplinarité).
- Si l'étude fait référence à des interventions, celles-ci doivent être non médicamenteuses et relativement simples.

4.2 Critères d'exclusion

- Étude portant sur la dépendance au tabac.
- Article non scientifique.
- Interventions complexes et difficiles à reproduire pour le patient.

4.3 Liste des articles

Nous présentons ci-dessous les articles retenus. Les trois premiers portent sur deux interventions où le patient est davantage passif dans le soin pour gérer son anxiété. Ils donnent à l'infirmière des stratégies lui permettant de les pratiquer directement, ou d'orienter le patient vers d'autres thérapeutes expérimentés :

- Bergdahl, L., Berman, A. H. & Haglund, K. (2014). Patients' experience of auricular acupuncture during protracted withdrawal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*, 163-169. doi : 10.1111/jpm.12028
- Black, S., Jacques, K., Webber, A., Spurr, K., Carey, E., Hebb, A. & Gilbert, R. (2010). Chair Massage for treating anxiety in patients withdrawing from psychoactive drugs. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16* (9), 979-987.
- Chang, B.-H., Sommers, E. & Herz, L. (2010). Acupuncture and relaxation response for substance use disorder recovery. *Journal of Substance Use, 15*(6), 390-401. doi : 10.3109/14659890903580466

Les deux suivants, proposent différentes stratégies de gestion de l'anxiété dans lesquelles le patient a un rôle actif dans sa prise en charge, ou dans lesquelles un enseignement de la part de l'infirmière pourrait être envisagé :

- Chen, K.-W., Berger, C.-C., Gandhi, D., Weintraub, E. & Lejuez, C.-W. (2013). Adding Integrative Meditation with Ear Accupressure to Outpatient Treatment of Cocaine Addiction : a randomized controlled Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 19*(3), 204-210. doi : 10.1089/acm.2011.0311
- VandeVusse, L., Hanson, L., Berner, M.-A. & White Winters, J.M. (2010). Impact of Self-Hypnosis in Women on Select Physiologic and Psychological Parameters. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 39*, 159-168. doi : 10.1111/j.1552-6909.2010.01103.x

Les deux derniers, abordent les différents aspects de la qualité de vie chez les personnes souffrant d'addiction. Ils nous permettent d'être attentives aux différentes dimensions d'une prise en charge infirmière en lien avec divers facteurs anxiogènes :

- De Mayer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B. & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies, 48*, 1244-1257. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2011.03009
- Piacentine, L.-B. (2013). Spirituality, religiosity, depression, anxiety and drug-use consequences during methadone maintenance therapy. *Western Journal of Nursing Research, 35*(6), 795-814. doi : 10.1177/0193945913479452

5 Analyse critique

Dans ce chapitre, nous exposons l'analyse critique que nous avons effectuée pour chacun de nos articles. Celles-ci sont basées sur des grilles de lecture proposées par nos professeurs, l'une étant quantitative et l'autre qualitative. Ces deux grilles d'analyse se trouvent en annexe II et III.

5.1 Bergdahl, L., Berman, A. H. & Haglund, K. (2014). Patients' experience of auricular acupuncture during protracted withdrawal.

Cette recherche qualitative publiée en 2014 est tirée du « Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing ». Deux des auteurs sont des infirmières, dont une Doctorante et l'autre de niveau Bachelor, avec un diplôme en médecine traditionnelle chinoise. Les deux font partie du département des neurosciences et de psychiatrie de l'Université d'Uppsala en Suède. Le dernier auteur est Docteur en psychologie et est rattaché à l'institut Karolinska du département de neurosciences cliniques de Stockholm.

Cette recherche descriptive décrit les expériences de participants recevant de l'acupuncture auriculaire deux fois par semaine durant cinq semaines, par une infirmière. Quinze patients d'une clinique ambulatoire spécialisée dans les addictions associée à un hôpital universitaire en Suède, dépendants à une ou plusieurs substances et étant en sevrage prolongé, composent l'échantillon. Les données ont été récoltées à l'aide d'entrevues semi-structurées. Cette étude met en avant davantage d'effets positifs de la thérapie. En effet, les participants décrivent plus de calme et d'harmonie, un état de relaxation et de bien-être, l'acquisition de nouvelles compétences pour la vie quotidienne, une diminution du craving, une diminution de l'anxiété ainsi que le soulagement de divers symptômes. Ce traitement étant peu coûteux et facile à dispenser par des infirmières et d'autres professionnels, il peut être alors, selon les auteurs, transférable dans d'autres contextes de soins, notamment dans la prise en charge de l'anxiété.

L'approbation éthique a été obtenue par le « Regional Ethical Review Board » de l'Université d'Uppsala et les participants ont tous signé un consentement éclairé. Le fait que les auteurs aient été impliqués dans la récolte et l'analyse des données, peut constituer un biais dans l'interprétation. De plus, le guide d'entrevue a potentiellement pu limiter les réponses. Les auteurs mettent également en évidence que l'implication dans la relation soignant-soigné aurait éventuellement pu biaiser les réponses des participants. Malgré le fait que l'échantillon soit petit et que la méthode d'échantillonnage ne soit pas clairement explicitée, les résultats obtenus montrent que le traitement aide les patients à mieux tolérer l'expérience d'un sevrage prolongé et permet de diminuer l'anxiété.

5.2 Black, S., Jacques, K., Webber, A., Spurr, K., Carey, E., Hebb, A. & Gilbert, R. (2010). Chair Massage for treating anxiety in patients withdrawing from psychoactive drugs.

Cette recherche quantitative est publiée en 2010 dans « The Journal of Alternative and Complementary Medicines ». Les auteurs représentent plusieurs types de professionnels issus, pour la plus part, du domaine des addictions. Trois auteurs possèdent un Doctorat dont un est massothérapeute, puis les autres sont titulaires d'un Master.

Cette étude randomisée contrôlée a pour but d'évaluer l'efficacité du massage effectué sur une chaise pour diminuer l'anxiété, dans un contexte de sevrage à une substance psychoactive. L'échantillon est composé de soixante-neuf personnes recevant un traitement de sevrage à la cocaïne, aux opiacés ou à l'alcool en milieu résidentiel au Canada. Les participants sont répartis de manière aléatoire entre un « groupe massage » (N= 36) et un « groupe contrôle de relaxation » (N= 33). Au début de l'étude, il n'y a pas de différences statistiquement significatives des caractéristiques entre les deux groupes, mise à part la prise des antidépresseurs chez le groupe expérimental.

Le « groupe massage » recevait trois séances de massage sur trois jours consécutifs par des masseuses formées. Le déroulement des interventions est décrit dans l'article. L'anxiété a été évaluée par la « State-Trait Anxiety Inventory » avant et après chaque séance tout comme les signes vitaux. Les effets secondaires ont été évalués chaque jour.

L'article démontre que le massage et la relaxation ont tous les deux permis de réduire l'anxiété chez les participants de manière significative. Néanmoins, le « groupe massage » montre une diminution significativement plus grande de l'anxiété en comparaison avec le groupe contrôle. De plus, son effet est maintenu à plus long terme que pour la relaxation. Un des paramètres hémodynamique atteste l'activation du système nerveux parasympathique dans les deux groupes. Les auteurs n'ont pas mentionné d'effets secondaires. Concernant l'interprétation statistique, les résultats concernant l'anxiété sont mentionnés comme significatifs par les auteurs mais la valeur « *p-value* » n'est pas toujours représentée. Étant donné que quarante-six participants sur soixante-neuf ont complété les trois séances, l'analyse pourrait être potentiellement biaisée. Le tableau des résultats n'est pas assez détaillé pour pouvoir en ressortir des chiffres précis.

Cette thérapie permet d'offrir un plus large éventail d'approches pour gérer l'anxiété dans un contexte de sevrage et ainsi les maintenir dans des structures de soins, améliorant leur bien-être. De plus, les auteurs suggèrent que ces résultats peuvent être généralisés aux diverses populations accédant à un service de gestion de sevrage.

L'étude a été approuvée par the « Capital Health Research Ethics Board » de l'Ontario, et les participants ont tous signé un consentement éclairé.

5.3 Chang, B.-H., Sommers, E. & Herz, L. (2010). Acupuncture and relaxation response for substance use disorder recovery.

Cette recherche quantitative est publiée en 2010 dans le « Journal of Substance Use ». Les trois auteurs sont titulaires d'un Doctorat, l'un en psychiatrie, l'autre en bio-statistiques et le dernier dans le domaine de la santé publique.

Cette étude contrôlée randomisée a pour but de collecter des données pilotes pour évaluer l'efficacité de l'acupuncture et de la relaxation pour réduire le craving et l'anxiété, ainsi que pour améliorer la qualité de vie chez des vétérans SDF en processus de rétablissement d'une dépendance à une substance. Soixante-sept participants SDF, vétérans et faisant partie d'une unité de réhabilitation pour le traitement des addictions aux substances aux USA ont été sélectionnés. Les participants sont randomisés dans trois groupes, dont un contrôle (N=21), relaxation (N=23) et acupuncture (N=23). Les caractéristiques démographiques entre les trois groupes ne sont pas significativement différentes en début d'étude.

Le groupe relaxation reçoit des enseignements de techniques de relaxation en groupe, par un psychologue une fois par semaine pendant dix semaines. Les séances sont guidées par un enregistrement audio que les participants reçoivent individuellement afin de poursuivre leurs pratiques quotidiennes. Les techniques sont mentionnées mais ne sont pas détaillées. Les participants faisant parti du groupe acupuncture reçoivent des séances basées sur le protocole de la National Acupuncture Detoxification Association (NADA), deux fois par semaine pendant dix semaines, par des professionnels formés et expérimentés. Le groupe contrôle n'a pas bénéficié d'interventions hormis le traitement habituel.

Au début de l'étude et à la fin des dix semaines, le niveau de craving, certaines dimensions de la qualité de vie ainsi que l'anxiété sont mesurées à l'aide de différentes échelles valides et fiables. Les résultats montrent que l'acupuncture peut être bénéfique pour réduire le craving et l'anxiété ainsi que pour améliorer la dimension spirituelle de la qualité de vie. La relaxation peut être efficace pour réduire l'anxiété ainsi que pour améliorer les dimensions spirituelles et de santé mentale de la qualité de vie. Dans leurs résultats, les auteurs mentionnent si ceux-ci sont significatifs mais ne détaillent pas dans un tableau les scores obtenus.

Ces deux approches peuvent contribuer à optimiser le traitement des vétérans en rémission de leur addiction. De plus, combiner ces deux approches pourrait avoir un effet synergique, de par leurs effets similaires. Dû à leur échantillon de convenance, les résultats peuvent être potentiellement biaisés et leur généralisation pourrait être compromise. Néanmoins, l'échantillon comprend huitante pour cent de la population cible. Les auteurs recommandent des recherches futures afin de généraliser et valider ces résultats. Trente pour cent des participants n'ont pas atteint les dix semaines de traitement et afin de réduire les biais, les auteurs ont utilisé différentes méthodes d'analyse. Une analyse portant uniquement sur les participants ayant complété les dix semaines a été faite et les résultats se sont avérés similaires à l'analyse de base. L'étude a été approuvée par « The Institutional Review Boards » et les participants ont signé un consentement éclairé.

Malgré le fait que la population étudiée soit des vétérans SDF et que le contexte de soin ne soit pas à bas seuil, les résultats nous laissent penser que ces approches sont bénéfiques pour la gestion de l'anxiété chez des personnes souffrant d'addiction.

5.4 Chen, K.-W., Berger, C.-C., Gandhi, D., Weintraub, E. & Lejuez, C.-W. (2013). Adding Integrative Meditation with Ear Accupressure to Outpatient Treatment of Cocaine Addiction : a randomized controlled Pilot Study.

Cette recherche quantitative publiée en 2013 est tirée du « The Journal of Alternative and Complementary Medicine ». Les auteurs sont tous détenteurs d'un Doctorat et la plupart sont issus du domaine des addictions.

Cette étude randomisée contrôlée a pour but d'investiguer les effets de la méditation couplée à de l'acupressure auriculaire sur le craving, l'anxiété, la dépression et l'auto-efficacité chez des patients ayant une problématique addictive à la cocaïne. Elle vise également à explorer la faisabilité et l'acceptation de joindre cette intervention au traitement ambulatoire des addictions et à déterminer si elle permet d'augmenter le maintien en traitement.

L'échantillon est composé de cinquante-six participants randomisés dans deux groupes : groupe intervention (N=29) et groupe contrôle (N=27). Les participants sont des patients issus d'un centre de traitement ambulatoire pour abus de substance, appartenant au département universitaire du Maryland. Tous sont diagnostiqués dépendants, au moins, à la cocaïne et consommateurs actifs. Les données démographiques ainsi que le type de drogue utilisé et l'évaluation de l'efficacité de traitement au début de l'étude ne sont pas significativement différents entre les deux groupes.

Le groupe intervention a suivi des séances hebdomadaires individuelles durant lesquelles l'acupressure et la méditation sont enseignées aux participants, durant douze semaines. Celles-ci doivent être reproduites à la maison par le participant lui-même. Afin de guider les pratiques quotidiennes et renforcer l'adhérence du patient, du matériel audio et visuel est fourni. Le

programme est détaillé dans l'article où les objectifs thérapeutiques évoluent au cours de l'étude. Les participants du groupe contrôle ont uniquement la possibilité de participer à une rencontre hebdomadaire de méditation, en plus du traitement habituel. Les données sont collectées au début du programme, puis aux semaines 4, 8 et 12. De plus, des tests d'urines et des retours sur la pratique sont collectés chaque semaine. L'anxiété, la dépression, le craving, les symptômes de sevrage, le niveau de confiance en milieu situationnel, l'auto-efficacité ainsi que le niveau de volonté face au changement ont été évalués à l'aide de divers questionnaires valides et fiables.

Le groupe intervention a montré une diminution significative de l'anxiété et du craving ainsi qu'une meilleure confiance en milieu situationnelle et auto-efficacité. De plus, les taux d'abstinence et d'adhésion sont significativement plus élevés. De manière générale, les résultats montrent une bonne acceptation de cette auto-thérapie et le lecteur mp4 s'est avéré être d'une grande aide. Certains participants ont continué la méditation après l'étude. Etant un programme d'autosoins, cette approche est complémentaire aux programmes de traitement existants et peut potentiellement être adaptée pour une plus large application à ceux pour qui l'accès au traitement est un problème.

L'étude a été approuvée par « Tuhe University of Maryland Institutional Review Board » et les participants ont signé un consentement éclairé. Ils ont reçu une rémunération pour leur participation à l'étude. Les données analysées ne prennent pas en compte les participants ayant abandonné avant la quatrième semaine et les auteurs ont utilisé une méthode d'analyse permettant de diminuer les biais liés aux données manquantes. Les auteurs ont utilisé de nombreuses méthodes afin d'augmenter la compliance, ce qui a pu influencer les résultats. Due à l'homogénéité de l'échantillon, la généralisation des résultats pourrait être compromise.

5.5 VandeVusse, L., Hanson, L., Berner, M.-A. & White Winters, J.M. (2010). Impact of Self-Hypnosis in Women on Select Physiologic and Psychological Parameters.

Cette recherche quantitative a été publiée en 2010 dans le « Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing ». Tous les auteurs sont des infirmiers dont trois détiennent un Doctorat et un, un Master. La plupart d'entre eux sont rattachés à la Market University Milwaukee.

Cette recherche quasi-expérimentale examine les changements dans le niveau d'anxiété et les paramètres physiologiques après trente minutes d'hypnose, chez des femmes en âge de procréer. L'échantillon de convenance est composé de trente participantes âgées de 18 à 36 ans et en bonne santé.

La séance d'hypnose de trente minutes est effectuée à travers un enregistrement audio permettant d'induire une transe hypnotique. Le contenu de celui-ci est détaillé dans l'article. Avant l'intervention, un test d'hypnotisabilité (« Hypnotic Induction Profile), un questionnaire de tendance à l'anxiété (« State and Trait Anxiety Inventory »), et une auto-évaluation de l'anxiété et de la tension du moment (« Profile of Moods States) ont été évalués. Les questionnaires utilisés sont fiables et valides sauf la POMS pour laquelle les auteurs ne mentionnent pas de validité. Durant l'intervention, des paramètres physiologiques sont relevés à l'aide d'instruments et d'observations. Deux minutes après l'intervention, l'anxiété est réévaluée puis les participantes sont invitées à répondre à des questions concernant leur expérience.

Des changements significatifs des mesures physiologiques, attestant une activation du système nerveux parasympathique, ainsi qu'une amélioration de l'état de tension-anxiété ont été notés

immédiatement après la séance chez les personnes qui avaient un niveau d'hypnotisabilité moyen et peu de pratique de l'hypnose. Etant donné son effet rapide, l'hypnose peut être suggérée comme thérapie pour la gestion du stress. De plus, c'est une méthode peu coûteuse, avec peu d'effets secondaires et qui renforce l'autonomie des personnes. L'infirmière peut donc orienter le patient vers des thérapeutes ou fournir des outils jugés pertinents pour la gestion du stress.

L'étude a été approuvée par le Comité d'examen institutionnel et les participants ont signé un consentement éclairé. Ils ont été rémunérés après avoir complété l'étude. Les auteurs estiment que l'étude est limitée du fait qu'il n'y ait pas d'évaluation à long terme. Malgré que l'échantillon étudié ne corresponde pas à notre population et que la transférabilité soit restreinte, les résultats suggèrent l'utilisation de l'hypnose comme thérapie pour la relaxation et pour la gestion du stress.

5.6 De Mayer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B. & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals.

Cette étude qualitative a été publiée en 2011 dans le « International Journal of Nursing Studies ». Six auteurs ont conduit cette recherche, dont 3 auteurs ont un Doctorat dans l'éducation, deux autres dans le domaine de la psychologie et le dernier dans l'anthropologie. La plupart d'entre eux ont une expérience dans le domaine des addictions et sont rattachés à l'Université de Ghent en Belgique.

Cette étude phénoménologique fait partie d'un vaste projet de recherche qui a été mené précédemment chez des participants âgés de plus de 18 ans et dépendants à l'héroïne en Belgique. Suite aux résultats obtenus, les auteurs cités plus haut, mènent l'étude présentée basée sur une approche inductive. Le but est d'identifier les différentes composantes que jugent les patients avec un traitement de substitution à la méthadone, comme importantes pour une bonne qualité de vie. Elle vise également à investiguer les impacts que pourrait avoir la prise de méthadone sur ces composantes.

L'échantillonnage raisonné comprend vingt-cinq participants en traitement ambulatoire ou en résidentiel depuis au moins cinq ans, avec des niveaux de consommation et des caractéristiques sociodémographiques différentes. Entre septembre 2008 et août 2009, les données ont été collectées au moyen d'entrevues non-structurées et ont été enregistrées. Pour représenter les dires des participants, des verbatim sont identifiés par le genre et l'âge de chaque participant.

L'analyse des données a mis en évidence différentes caractéristiques comme étant importantes pour une bonne qualité de vie. Ces dernières sont : la qualité des relations sociales, le bien-être psychologique, effectuer des activités quotidiennes structurées, l'indépendance et enfin, donner un sens à sa vie. La méthadone peut contribuer à une bonne qualité de vie par ses effets positifs dans certaines de ces composantes, mais peut également engendrer des effets négatifs qui ne doivent pas être sous-estimés par les soignants tels que le sentiment de discrimination ou la chronicisation du problème. Le rôle de l'infirmière dans le traitement de substitution ne peut donc pas être restreint à administrer la méthadone, mais devrait également inclure un soutien psychosocial, des interactions positives avec le patient et lui permettre aussi de parler de son histoire.

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Ghent et les participants ont signé un consentement éclairé. La généralisation des résultats est à faire avec prudence selon les auteurs, malgré le fait que l'échantillonnage raisonné ait été fait. Malgré que l'échantillon soit petit, le contenu des entrevues était riche et la saturation des données a été atteinte.

5.7 Piacentine, L.-B. (2013). Spirituality, religiosity, depression, anxiety and drug-use consequences during methadone maintenance therapy.

Cette recherche quantitative est publiée en 2013 dans le « Western Journal of Nursing Research ». Piacentine, auteur de cet article, détient un Doctorat et travaille en tant que chercheur à la Marquette University College of Nursing, Milwaukee aux USA. De plus, elle est experte en addictologie.

Cette étude corrélationnelle transversale et descriptive tend à investiguer les aspects de bien-être spirituel et de religiosité chez les personnes suivant un traitement de maintenance à la méthadone, ainsi qu'à savoir si l'anxiété, la dépression et les conséquences liées à la consommation de substance ont un lien avec ces aspects spirituels et religieux. Elle vise également à investiguer si le bien-être spirituel, la dépression et l'anxiété ont un impact sur la poursuite de la consommation et les conséquences en lien.

L'échantillon est composé de cent-huit participants faisant parti d'un programme de maintenance à la méthadone dans une clinique ambulatoire privée aux USA, depuis au moins deux semaines. Les participants ont une addiction à diverses substances, dont les opiacés.

Les données ont été collectées de manière informatisée, à une seule reprise. Les participants ont remplis eux-mêmes, en plus des données démographiques et des tests urinaires, cinq questionnaires fiables et valides, évaluant la relation à une force supérieure, le sens donné à la vie ainsi que les comportements religieux. La fréquence des symptômes dépressifs et le niveau d'anxiété sont évalués, tout comme les conséquences négatives perçues, issues de la consommation au cours des trente derniers jours.

L'étude démontre que le bien-être spirituel de l'échantillon est plus faible que celui décrit dans la littérature pour les personnes en bonne santé, malgré le fait que la plupart de l'échantillon se dit spirituel ou religieux. La consommation de drogue interfère avec les pratiques religieuses qui soutiennent la spiritualité chez les participants. Le bien-être spirituel et les pratiques religieuses peuvent impacter sur le niveau d'anxiété et la dépression. L'étude met en évidence l'importance de considérer les dimensions spirituelles dans la pratique infirmière auprès de cette population afin d'avoir un meilleur impact sur leur bien-être.

L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel ainsi que par la clinique, puis les participants ont signé un consentement éclairé. La généralisation des résultats est limitée selon les auteurs, par son petit échantillon et l'échantillonnage de convenance. Le fait que les questionnaires soient administrés de manière informatique a pu diminuer le nombre de participants, pour des raisons de compétences informatiques. Le devis transversal limite également l'interprétation des résultats et la vérification des corrélations.

6 Tableaux des résultats

Auteurs et date		
Bergdahl, L., Berman, A. H. & Haglund, K. (2014)	Chang, B.-H., Sommers, E. & Herz, L. (2010)	Black, S., Jacques, K., Webber, A., Spurr, K., Carey, E., Hebb, A. & Gilbert, R. (2010)
But de l'étude		
Cette étude vise à décrire l'expérience vécue par les patients recevant de l'acupuncture auriculaire au cours d'un sevrage prolongé.	Collecter des données pilotes pour évaluer l'efficacité de l'acupuncture et de la relaxation pour réduire le craving et l'anxiété, ainsi que pour améliorer la qualité de vie chez des vétérans SDF en processus de rétablissement d'une dépendance à une substance.	Evaluer l'efficacité du massage effectué sur une chaise pour diminuer l'anxiété dans un contexte de sevrage à une substance psychoactive.
Principaux résultats		
<p><u>Expériences positives</u></p> <p>Pour la plupart des participants, un sentiment de calme et d'harmonie ainsi qu'un état de relaxation et de bien-être sont ressentis. Ceux-ci ont été mis en lien avec une diminution du stress et de l'irritabilité ou encore l'amélioration de la qualité du sommeil et du sentiment de joie. Tous ces effets tendent à durer entre les séances.</p> <p>Plus de la moitié d'entre eux ont acquis une meilleure capacité de gestion des émotions et des situations quotidiennes y compris au travail, ainsi qu'une meilleure capacité de concentration. Divers symptômes physiques comme les nausées, les tensions musculaires, les maux de tête ont été diminués et les participants rapportent avoir plus d'énergie pour leurs activités.</p> <p>Pour certains une diminution de l'anxiété et du craving est</p>	<p>L'acupuncture et la relaxation permettent de diminuer le craving et l'anxiété ainsi que d'améliorer la dimension spirituelle de la qualité de vie, en comparaison avec le groupe contrôle après une période de 10 semaines.</p> <p>Le groupe acupuncture ($p = 0,004$) et le groupe relaxation ($p = 0,06$) ont tous deux une diminution significativement plus importante dans l'anxiété que le groupe contrôle.</p> <p>Le groupe acupuncture ($p = 0,001$) et le groupe relaxation ($p = 0,02$) ont une amélioration significativement plus importante dans la dimension spirituelle</p>	<p><u>Mesure de l'anxiété :</u></p> <p>Une diminution de l'anxiété est ressentie après les interventions des deux groupes. Néanmoins, les participants au groupe massage ont démontré une réduction significativement plus grande que ceux du groupe relaxation ($p = < 0,0001$).</p> <p>Après chacune des 3 séances, le score moyen de la « STAI » du groupe massage (pouvant se situer entre 20 et 80) était entre 37 et 39 de moyenne (ce qui indique un niveau d'anxiété dans la fourchette de la normale), alors que celui de relaxation, bien que diminué, se trouve toujours dans des niveaux élevés (entre 48 et 50 de moyenne).</p>

<p>ressentie. Un participant recommande ce traitement pour les troubles anxieux en plus du traitement médicamenteux. Pour finir, il a été mis en évidence que l'effet de groupe offre la possibilité de partager des expériences et de rencontrer d'autres personnes ayant les mêmes problèmes.</p> <p><u>Expériences négatives.</u></p> <p>La plupart des participants n'ont rapporté aucun effet négatif et ceux rapportés sont tels que des légères douleurs aux points d'insertion des aiguilles, des saignements ou encore le fait de devoir dépendre d'une autre personne pour le traitement.</p>	<p>de la qualité de vie que le groupe contrôle.</p> <p>La groupe relaxation démontre une amélioration significativement plus importante dans la dimension mentale de la qualité de vie que le groupe contrôle ($p = 0,05$).</p> <p>.</p>	<p>L'effet du massage sur le niveau d'anxiété est immédiat et est soutenu pendant au moins 24 heures.</p> <p><u>Mesure des paramètres hémodynamiques</u></p> <p>Dans les deux groupes, une augmentation significative de la diastolique, après les interventions, est observée ($p = <0,0013$). Ce changement est mis en lien, par les auteurs, avec l'état de relaxation induit par les deux interventions.</p>
Implication pour la pratique		
<p>Afin de se rétablir d'une dépendance, le patient pourrait bénéficier de ce traitement de manière complémentaire. De plus, il est facile à dispenser par les infirmiers et d'autres professionnels et son coût est relativement faible.</p>	<p>De manière générale, ces approches ont été bien acceptées d'où le taux de participation élevé. Ces deux thérapies sont peu coûteuses et faciles à effectuer. La relaxation peut aussi être faite par la personne elle-même.</p>	<p>Cette étude montre que la massothérapie permet de diminuer l'anxiété. Par ces résultats, les auteurs déduisent que cette approche permettrait de réduire le risque de répercussions sur la santé et également améliorer le bien-être ou encore favoriser la poursuite et l'adhésion au programme de rétablissement chez les patients en sevrage. Toutefois, la relaxation a été également bénéfique.</p>
Synthèse		
<p>L'acupuncture, la relaxation et la massothérapie sont des approches ayant démontré leur efficacité pour gérer l'anxiété. Elles permettent également d'avoir un impact sur différents aspects de l'addiction comme le craving et certains symptômes récurrents, ce qui aide le patient à mieux tolérer le sevrage et à prévenir la rechute. Différents aspects de la qualité de vie sont également améliorés, notamment par le soulagement de symptômes psychiques et physiques mais également par des meilleures capacités d'adaptation et de gestion des situations quotidiennes. Ces méthodes sont peu coûteuses et faciles à reproduire par l'infirmière demandant peu de formation de sa part et pourrait, le cas échéant, permettre d'orienter le patient chez un professionnel compétent. De ce fait, celles-ci peuvent être envisageables en milieu ambulatoire à bas seuil.</p>		

Auteurs et date	
Chen, K. W., Berger, C. C., Gandhi, D., Weintraub, E. & Lejuez, C. W. (2013)	VandeVusse, L., Hanson, L., Berner, M.-A. & White Winters, J.M. (2010)
But de l'étude	
Investiguer les effets de la méditation couplée à de l'acupressure auriculaire sur le craving, l'anxiété, la dépression et l'auto-efficacité chez des patients ayant une problématique addictive à la cocaïne. Elle vise également à explorer la faisabilité et l'acceptation d'ajouter cette intervention au traitement ambulatoire des addictions et à déterminer si elle permet d'augmenter le maintien en traitement	Examiner les changements dans le niveau d'anxiété et les paramètres physiologiques chez des femmes en âge de procréer après 30 minutes d'hypnose. Leur question de recherche: <ul style="list-style-type: none"> • Comment l'hypnose affecte les changements des données psychologiques et physiologiques ?
Principaux résultats	
<p>Le programme de douze semaines de méditation couplé à l'acupressure a permis de réduire de manière plus significative le niveau de craving pour la cocaïne et/ou l'héroïne ($p = 0,03$) et d'augmenter le niveau de confiance dans les moments de tentation de consommation ($p = <0,01$).</p> <p>Des résultats approchant la signifiante sont retenus comme importants pour les auteurs tels qu'une meilleure auto-efficacité ($p = 0,06$) et une réduction de l'anxiété où le score moyen passe de 37,5 à 31,9 pour le groupe intervention alors que chez le groupe contrôle le score passe de 40 à 38,9 ($p = 0,09$).</p> <p>Entre le groupe contrôle et le groupe intervention, il n'y a pas de différences significatives concernant les symptômes de sevrage à la fin du programme.</p> <p>A la fin des semaines 4 et 8, 80% des participants du groupe intervention ont rapporté avoir pratiqué 5 fois par jour ou plus, pendant 15 minutes ou plus à la maison.</p> <p>Le lecteur MP4 s'est avéré être une grande aide et la quasi-totalité de ces participants ont désiré le garder pour continuer à pratiquer la méditation.</p>	<p>L'évaluation faite avant l'intervention indique que l'échantillon avait une tendance générale faible à modérée à avoir des niveaux élevés d'anxiété. De plus, malgré le fait que l'échantillon présente une capacité moyenne à être hypnotisable, le niveau d'anxiété-tension est réduit de manière significative après l'intervention de 30 minutes ($p = < 0.001$).</p> <p>La fréquence cardiaque et respiratoire ont diminué de manière significative entre le début et le milieu de l'intervention ainsi qu'entre le début et la fin de celle-ci.</p> <p>Toutes les participantes ont noté de la relaxation, allant de modérée à extrême. Elles évoquent, en lien avec cette expérience, des images telles que la plage, le soleil, la nature et les nuages. D'autres décrivent le fait d'être en train de dormir, d'avoir des sensations paisibles et d'autres se sentent encouragées et avec plus d'habiletés. Elles évoquent également des sensations physiques telles que lourdeur, flottement, engourdissement, spasme, picotement, chatouillement, énergie, chaleur et extrémités froides</p>

<p>Ils ont également un taux d'adhésion plus élevé au traitement. Les résultats ont également montré que ce groupe a un taux d'abstinence plus élevé que le groupe contrôle, attesté par 6 semaines ou plus de tests urinaires négatifs pour la cocaïne (65% contre 33%).</p> <p>A la fin de l'étude, certains participants du groupe contrôle ont demandé à avoir un lecteur MP4 avec les instructions pour essayer la méditation, car ils ont pu être témoins des avantages durant les groupes hebdomadaires ouverts à tous.</p>	
Implication pour la pratique	
<p>A partir des guidances théoriques du programme, les participants ont pu apprendre à construire un cadre interne leur permettant d'avoir de meilleures capacités d'adaptation comportementales et de changer des attitudes. L'acupressure combinée à la méditation tend à réduire l'éveil physiologique et à faciliter la relaxation, ainsi qu'à améliorer l'humeur pouvant réduire le risque de rechute. Ces approches sont aisées à reproduire soi-même et permettent d'augmenter l'auto-efficacité du patient.</p> <p>Malgré que l'anxiété soit diminuée de manière peu significative, ces approches nous paraissent tout de même intéressantes pour accompagner le patient dans sa gestion de l'anxiété.</p>	<p>L'hypnose est une approche permettant d'induire un état de relaxation et de diminuer les tensions ou anxiété chez les femmes en âge de procréer en bonne santé. De plus, l'étude démontre qu'une hypnotisabilité moyenne ne limite pas les bénéfices de l'hypnose, ni même le peu de pratique. De ce fait, cette thérapie est recommandable par les infirmières pour aider à gérer le stress.</p>
Synthèse	
<p>L'acupressure, la méditation et l'hypnose sont des approches pouvant réduire l'anxiété et rendent les patients autonomes dans la gestion de leur symptôme. Par l'implication du patient, l'auto-efficacité et l'adhésion peuvent augmenter, ce qui représente également des bénéfices importants de ces approches. De ce fait, ces approches peuvent s'avérer être de bons outils à enseigner aux patients ou pourraient être sources de conseil et d'orientation.</p>	

Auteurs et date	
Piacentine, L.-B. (2013)	De Mayer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B. & Broekaert, E. (2011).
But de l'étude	
<p>Décrire le bien-être spirituel, la religiosité, la dépression, l'anxiété, la poursuite de la consommation et les conséquences liés à celle-ci chez les personnes suivant un traitement de maintien à la méthadone (MMT). L'auteur a cité 3 questions de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les aspects de bien-être spirituel et de religiosité chez les personnes suivant le MMT? • Est-ce que le bien-être spirituel, la dépression, l'anxiété et les conséquences liées à la consommation sont reliés entre eux ? <p>La poursuite de la consommation et les conséquences liées à l'usage de drogue sont-elles prédites par le bien-être spirituel, la dépression et l'anxiété ?</p>	<p>Identifier les différentes composantes que jugent les patients avec un traitement de substitution à la méthadone, comme importantes pour une bonne qualité de vie. Elle vise également à investiguer les impacts que pourraient avoir la prise de méthadone sur ces composantes. Les questions de recherche sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Quels sont les composants qui identifient une bonne qualité de vie chez les personnes dépendantes aux opiacés ? – Quel est l'impact de la méthadone sur ces composants ?
Principaux résultats	
<p>Le bien-être spirituel de l'échantillon est plus bas que celui de la population générale et est jugé pareil que chez d'autres personnes dépendantes, donc représentatif.</p> <p>62% des participants affirment que leurs croyances spirituelles peuvent affecter leur traitement. 51% assistaient à des services religieux dans le passé, mais plus maintenant. La consommation ayant changé leur niveau d'intérêts, leur prenant beaucoup de temps et leur donnant un sentiment de culpabilité, les participants ne se rendent plus à l'église.</p> <p>Le bien-être spirituel a une corrélation modérément inversée avec la dépression ($r = -0,47, p = 0,01$) et l'anxiété ($r = -0,46, p = 0,01$).</p> <p>Le fait d'avoir une relation avec une force supérieure est inversement corrélé à la dépression ($r = -0,61, p = <0,01$) et l'anxiété ($r = -0,67, p =$</p>	<p><u>Relations sociales</u> : Trouver du soutien de la part d'autres personnes, avoir des amis et des contacts sociaux disponibles sont importants. De plus, le maintien des relations donne un sentiment de responsabilité et de devoir prendre soin de l'autre. Devenir socialement actif, ainsi qu'être intégré et considéré dans la société sont des aspects positifs. La méthadone peut interférer avec la vie sociale, par la stigmatisation et l'incompréhension qu'elle génère dans la société. Néanmoins, ce traitement aide les patients à prendre leurs responsabilités de parents et à retrouver un fonctionnement normal, contribuant à leur intégration.</p> <p><u>Bien-être psychologique</u> : Des participants mentionnent le fait que cet état est favorisé par le contrôle des émotions et par une image de soi positive. Le sentiment de satisfaction généré par le contrôle de la consommation ou par l'accomplissement de projets y contribue également. Le sentiment</p>

<p><0,01).</p> <p>L'exercice de pratique religieuse est inversement corrélé à la dépression ($r = -0,23, p = 0.05$) et à l'anxiété ($r = -0,21, p = 0,05$).</p> <p>Les participant qui présentaient un niveau élevé d'anxiété et de dépression avaient plus de conséquences négatives liées à la consommation (respectivement $r = 0,39, p = 0,01$ et $r = 0,40, p = 0,01$).</p>	<p>de calme intérieur et de stabilité émotionnelle sont des éléments faisant parti du bien-être psychologique. La méthadone restreint la capacité de ressentir pleinement ses émotions. Cependant, elle contribue pour certains participants à stabiliser les émotions et à augmenter les capacités d'adaptation.</p> <p><u>Activités quotidiennes structurées</u> : Avoir une occupation professionnelle remplace le vide que peut potentiellement causer l'abandon de la consommation. La vie de famille, un travail ou une activité est essentielle pour améliorer la qualité de vie. De plus, avoir un emploi, aboutit à une meilleure estime et image de soi car les participants se sentaient responsables et impliqués dans la société. La méthadone leur permet d'avoir de meilleures capacités professionnelles, toutefois leur choix de travail est limité.</p> <p><u>Indépendance</u> : L'indépendance vis-à-vis de la substance représente une des plus importantes composantes pour avoir une bonne qualité de vie. A court terme, la consommation peut contribuer à une meilleure qualité de vie, cependant elle n'est pas une solution à long terme. La prise de contrôle sur sa propre vie entraîne un fort sentiment d'auto-efficacité. L'indépendance financière et vis-à-vis d'autrui sont également importantes. Au niveau financier la méthadone est moins chère que l'héroïne et permet une régulation de la situation légale. La personne peut avoir davantage de contrôle sur sa consommation, bien qu'une nouvelle dépendance se crée. Etre rattaché à une institution entrave au sentiment d'indépendance.</p> <p><u>Donner un sens à la vie</u> : Rechercher la stabilité au niveau familial, financier et personnel est associé à une vie pleine de sens. L'importance de prendre plaisir aux petites choses ordinaires de la vie a souvent été relevée. Avoir des activités quotidiennes pour lesquelles une personne s'intéresse et qui la rendent utile, est important pour être reconnue par la société. Avoir de nouveaux buts, des projets et réaliser de nouvelles expériences représentent des aspects significatifs pour les participants. La méthadone permet de faire face à certaines difficultés, ainsi que de</p>
---	---

	prendre du temps pour penser à l'avenir. Elle a permis à certains d'atteindre des buts qu'ils s'étaient fixés. Ils relèvent également l'importance du counseling psychosocial pour les aider à mettre du sens à leurs vies.
Implication pour la pratique	
L'addiction a un impact sur le bien-être spirituel des patients, ainsi que sur les pratiques qui en découlent. L'étude démontre que le niveau d'anxiété influence ce bien-être et laisse entendre que si ce dernier est amélioré, le symptôme peut diminuer. Pour l'infirmière, la spiritualité est une ressource importante à utiliser dans les soins afin de mieux connaître le patient et d'offrir une prise en charge holistique.	Les résultats de cette étude soulignent l'importance fondamentale de l'intégration sociale, du bien-être psychologique, de l'indépendance et d'une vie pleine de sens, dans la réalisation d'une bonne qualité de vie. Celles-ci doivent donc être prises en compte dans l'accompagnement infirmier. Le traitement de substitution peut contribuer à une bonne qualité de vie par ses effets positifs dans certaines composantes de vie mais peut également engendrer des effets négatifs qui ne doivent pas être sous-estimés par le personnel soignant.
Synthèse	
Ces deux études mettent en évidence l'importance de considérer toutes les dimensions de la vie d'une personne souffrant d'addiction, afin que les interventions infirmières proposées aient un impact sur la qualité de vie. D'après ces recherches, l'anxiété semble avoir un impact sur la qualité de vie d'où l'intérêt de le considérer dans la prise en charge infirmière	

7 Discussions

Dans ce chapitre, nous présentons une discussion des résultats de notre revue de littérature à la lumière de nos concepts. Nous poursuivons en émettant des propositions pour la pratique infirmière auprès de notre population dans un milieu ambulatoire à bas seuil. Nous terminons par exposer un outil concret pour la pratique afin de prendre en charge le patient, ainsi que son symptôme, dans leur globalité.

7.1 Réponse à la question de recherche

Nos articles nous permettent de répondre à notre question de recherche en nous proposant des interventions de gestion de l'anxiété chez des patients addictés à une substance et en nous orientant sur les différentes dimensions de vie à considérer dans l'accompagnement infirmier. De plus, ils confirment que l'anxiété est un symptôme récurrent dans la problématique addictive et qu'il peut impacter la qualité de vie. Il peut également être un facteur de rechute dans la consommation s'il est mal gérée par le patient (Chang et al., 2010 ; Black et al., 2010).

7.1.1 Stratégies délivrées par l'infirmière

Bergdahl et al. (2014) ainsi que Chang et al., (2010) démontrent que l'acupuncture auriculaire est une méthode permettant de diminuer l'anxiété chez les patients en sevrage. De plus, la massothérapie favorise également la diminution de l'anxiété dans ce contexte (Black et al., 2010). Comme mentionné dans le premier concept, le sevrage amène divers symptômes physiques et psychiques accompagnés de craving, amenant la personne dans un état de mal-être et la poussant à consommer à nouveau. Ces différents symptômes peuvent également être soulagés par l'acupuncture auriculaire (Bergdahl et al., 2014). De plus, l'anxiété ressentie par le patient durant cette période peut renforcer le cercle vicieux de la consommation. Ces diverses approches permettant ainsi de diminuer le risque de rechute, peuvent probablement permettre au patient de réduire sa consommation et ainsi limiter l'anxiété induite par la substance elle-même. Cette idée est renforcée par les propos de Zullino et Manghi expliquant que l'anxiété est un fait direct de la substance (2013).

L'étude de Bergdahl et al. (2014) démontre que l'acupuncture auriculaire aide le patient à acquérir de meilleures capacités d'adaptation et de gestion de la vie quotidienne, ce qui, selon nous, pourrait l'aider à faire face à des difficultés financières, professionnelles ou sociales avancées par Lejoyeux (2013). Ces facteurs anxiogènes étant atténués, la qualité de vie pourrait être améliorée.

Dans le cas de l'acupuncture auriculaire et du massage, le patient a un rôle plus passif et il revient à l'infirmière ou à un autre professionnel de réaliser le soin. Ceci peut induire une perte de contrôle et d'autonomie du patient, comme le témoigne un participant de l'étude de Bergdahl et al. (2014). Cependant, d'après nous, chez certaines personnes la consommation répond à un besoin de lâcher prise et de ce fait, une intervention dispensée par un tiers permettrait au patient de retrouver cette sensation.

Par son intervention directe auprès du patient et son suivi régulier, l'infirmière lui offre un espace de création ou de renforcement du lien thérapeutique et évalue les effets obtenus sur l'état du symptôme. Dans l'article de Black et al. (2010), le massage est délivré par une thérapeute,

cependant il pourrait être envisageable d'inclure les proches du patient en leur enseignant des techniques de massage, afin qu'ils puissent réaliser le soin. Considérer le contexte socio-familial du patient dans l'accompagnement infirmier peut, selon nous, contribuer à offrir une prise en charge holistique et à reconstruire des liens fragilisés par la problématique addictive.

De plus, nous relevons le faible coût et le caractère simple de ces différentes approches ce qui est soutenu par Bergdahl et al. (2014) ainsi que par Chang et al., (2010). D'après nous, cela représente un aspect important pour une offre en soin ambulatoire à bas-seuil. De plus, l'acupuncture auriculaire et la relaxation sont des approches pouvant être proposées en groupe, ce qui est relevé par des participants de l'étude de Bergdahl et al. (2014) comme étant bénéfique pour le partage d'expériences. Selon nous, ces moments de partage pourraient également être propices à l'échange de stratégies de gestion d'anxiété utilisées par chacun des participants.

7.1.2 Stratégies rendant le patient actif

L'acupressure, la méditation et la relaxation sont des interventions ayant démontré leur efficacité dans la diminution de l'anxiété chez des patients souffrant d'addiction à une substance (Black et al., 2010 ; Chen et al., 2013 ; Chang et al., 2010). De plus, l'acupressure et la méditation ont aidé les patients à mieux gérer les envies de consommation et les moments de tentation (Chen et al., 2013). Comme discuté dans notre concept « Addiction », les comportements addictifs sont automatisés et compulsifs. Ainsi les patients ont pu faire face à une situation anxiogène de manière plus constructive que par la réponse automatisée de consommation. Tout comme l'acupuncture auriculaire, ces approches aident également à contrôler la consommation et donc à réduire l'effet anxiogène de la substance.

L'autohypnose s'est également avérée être efficace dans la réduction de l'anxiété chez une population de femmes en bonne santé (VandeVusse et al., 2010). Les symptômes de l'anxiété pouvant se manifester par une agitation, par des tremblements ou encore par des palpitations, l'hypnose pourrait être utile pour atteindre un état de relaxation et ainsi apaiser le patient.

Dans leur article Chen et al. (2013), VandeVusse et al. (2010) ainsi que Chang et al. (2010) proposent des enregistrements audio permettant de guider la méditation, la relaxation ou l'autohypnose comme outils d'intervention au patient. Ce type de stratégie demande peu de connaissances et d'expériences au patient pour en tirer les bénéfices, ce qui est démontré par l'efficacité de l'autohypnose chez des patients ayant, à priori, un profil hypnotique modéré et peu de pratique (VandeVusse et al., 2010). Chen et al. (2013) proposent également des techniques de respiration abdominale permettant d'induire un état de relaxation profond et pouvant être facilement applicables par les patients dans leur quotidien. En effet, d'après nous, afin que la stratégie de gestion du symptôme soit facile à reproduire par le patient, celle-ci doit être simple et demander peu d'exigences compte tenu du milieu de soin à bas seuil.

Toutes les stratégies citées ci-dessus sont utilisables par le patient dans les moments de tension récurrents au quotidien. En effet, comme évoqué dans notre problématique, les patients souffrant d'addiction peuvent ressentir fréquemment des états émotionnels négatifs. Ces stratégies donnent un sentiment de contrôle et de responsabilité au patient dans sa prise en charge et augmentent son sentiment d'auto-efficacité, comme démontré par Chen et al. (2013). À cause des divers échecs de tentative d'abstinence auxquels la personne peut être confrontée, ainsi qu'aux difficultés à accomplir des tâches ou à atteindre des buts, le sentiment d'auto-efficacité est, d'après-nous, souvent affaibli.

7.1.3 Qualité de vie, les dimensions à considérer dans la prise en charge infirmière

Suite aux lectures, nous avons pu constater que diverses des approches abordées dans notre travail, en plus de diminuer l'anxiété, touchent certains aspects de la qualité de vie, contribuant ainsi à l'améliorer et à réduire les potentiels facteurs anxio-gènes.

De Mayer et al. (2011) confirment que la qualité de vie chez les personnes ayant une addiction aux opiacés est plus faible que celle de la population générale. Cet article montre que la qualité de vie est mise en lien avec la disponibilité des relations de soutien, avoir une activité professionnelle, un bien-être psychologique, être indépendant et avoir une vie significative (De Mayer et al., 2011). Cela renforce les propos de Lejoyeux (2013) ainsi que Jacquet et al. (2008) qui soulignent l'importance d'une prise en charge bio-psycho-socio-spirituelle pour aider le patient à atteindre une meilleure qualité de vie, étant donné que l'addiction peut avoir des répercussions dans ces différents domaines, comme mentionné dans notre problématique. Les résultats de cette étude nous renvoient à la définition de la qualité de vie que nous avons proposée dans notre troisième concept. En effet, l'OMS (2002) relève que le concept de qualité de vie englobe autant la santé physique et psychologique de la personne, le niveau d'indépendance, les interactions avec l'environnement ainsi que la perception qu'elle peut avoir de son existence.

La disponibilité et la qualité des relations sociales sont des composantes majeures de qualité de vie (De Mayer et al., 2011). Cela relève l'importance d'investiguer la qualité et la stabilité des liens entretenus par le patient, dans le but de l'aider à les maintenir ou à les restaurer, ainsi que d'évaluer si ceux-ci sont anxio-gènes. De plus, pour nous, l'attitude respectueuse et d'écoute de l'infirmière permet également au patient de se sentir soutenu et considéré.

Avoir une activité professionnelle permet à la personne d'avoir des interactions sociales, de se sentir intégrée dans la société, d'avoir une occupation non reliée à l'addiction et d'être indépendante financièrement (De Mayer et al., 2011). L'infirmière peut alors collaborer avec l'équipe interprofessionnelle en milieu bas-seuil pour soutenir le patient dans la recherche d'emploi et ainsi contribuer à diminuer des facteurs potentiellement anxio-gènes. De plus, les interventions infirmières permettant de gagner du contrôle et d'augmenter l'indépendance du patient, telles que certaines approches proposées dans notre travail, permettent d'améliorer son estime de soi et sa qualité de vie, étant donné que cette dernière est influencée par la notion d'indépendance (De Mayer et al., 2011).

Le bien-être psychologique et l'image positive de soi sont des éléments garants d'une bonne qualité de vie (De Mayer et al., 2011). De ce fait, une gestion optimale de l'anxiété par le patient contribue à augmenter ce bien-être et à améliorer son sentiment d'auto-efficacité. Le fait de prendre soin de soi et de se respecter, donne un sentiment de satisfaction et contribue à augmenter le bien-être psychologique (De Mayer et al., 2011). Certaines approches telles que le massage, l'acupuncture auriculaire ou la relaxation pourraient permettre d'atteindre ce sentiment. De plus, le calme intérieur et la stabilité émotionnelle font partie du bien-être psychologique (De Mayer et al., 2011), pouvant être obtenus par des méthodes de relaxation, d'acupuncture auriculaire, de méditation, d'acupression et d'autohypnose (Chen et al., 2013 ; Bergdahl et al., 2014 ; VandeVusse et al., 2009).

Bien que le fait de donner un sens à sa vie soit reconnu comme élément d'une bonne qualité de vie, une attention limitée y est portée dans la pratique (De Mayer et al., 2011). Des interventions portant attention aux buts et au sens que donne les patients à leur existence sont propices à

augmenter leur satisfaction dans plusieurs domaines de leur vie (De Mayer et al., 2011). De plus, Piacentine (2013) démontre par ses résultats que le bien-être spirituel de cette population est plus faible que celui décrit dans la littérature pour les personnes en bonne santé. La dimension spirituelle de la personne est souvent délaissée dans la prise en charge, alors qu'elle peut l'influencer et influencer les réactions et symptômes de la personne (Piacentine, 2013). Certes, il est risqué de faire émerger des questions spirituelles, notamment lorsque l'infirmière n'a pas les outils nécessaires pour donner suite aux attentes du patient. Cela nécessite en premier lieu que l'infirmière soit relativement à l'aise avec la notion de spiritualité. Dans le cas contraire, elle peut référer le patient vers d'autres structures capables de répondre à ses besoins.

Le rôle de la spiritualité dans le rétablissement d'une addiction a été démontré et pour améliorer les dimensions spirituelles et mentales de la qualité de vie, la relaxation semble être, d'après les résultats de Chang et al. (2010), une approche intéressante. Plusieurs des stratégies proposées dans nos articles mobilisent certains aspects spirituels, notamment la méditation, permettant d'accéder à cette dimension par ce type d'interventions. Par la spiritualité, la personne peut trouver un sens et une direction à sa vie, lui permettant de se raccrocher à des perspectives ou à des espoirs futurs, diminuant ainsi l'anxiété existentielle. Piacentine (2013) démontre qu'un niveau élevé d'anxiété était corrélé à un bien-être spirituel affaibli. Cela nous laisse entendre que l'augmentation de ce bien-être pourrait contribuer à soulager l'anxiété, faisant ainsi de la spiritualité une ressource importante à mobiliser par l'infirmière.

7.2 Propositions pour la pratique

Dans le but de faire des propositions concrètes pour la pratique, nous avons voulu réaliser un schéma d'actions que nous présentons en fin de chapitre. Celui-ci pourrait alors permettre à l'infirmière de s'y référer afin de guider sa prise en charge et d'y intégrer les différentes ressources.

Nous proposons la théorie de gestion des symptômes comme outil d'analyse de situation de soin et nos propositions reprennent les trois concepts centraux de cette théorie.

Tout d'abord, il est primordial de détecter l'anxiété avant de pouvoir mettre en place des interventions aidant le patient à y faire face. Pour cela, l'infirmière peut se fier à son jugement clinique, mais non seulement. En effet, l'instauration d'un climat de confiance avec le patient peut favoriser la libre expression de ce dernier et ainsi permettre une détection précoce du symptôme. Dans le contexte ambulatoire bas-seuil, l'infirmière est amenée à collaborer avec de nombreux professionnels, ce qui représente une ressource considérable dans la détection de l'anxiété. Afin de collaborer de manière efficace, l'infirmière pourrait s'assurer que l'équipe interprofessionnelle ait les connaissances cliniques suffisantes pour reconnaître l'anxiété et les réajuster si nécessaire.

Une fois le symptôme relevé, l'infirmière évalue l'expérience du symptôme du patient. Les questions que l'infirmière pourrait se poser sont :

- Comment le patient évalue-t-il son anxiété ?
- Comment le patient perçoit-il son anxiété ?
- Comment le patient réagit-il face à ce symptôme ?
- Comment l'état de santé, l'environnement et les différentes dimensions du patient influencent ce symptôme et quelles sont les répercussions ?

Dans cette étape, au vu du caractère multifactoriel de l'anxiété dans un contexte d'addiction, la collaboration interprofessionnelle nous semble primordiale. En effet, les travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues ou autres professionnels abordent le patient différemment, ce qui permet d'avoir plusieurs points de vue d'une situation de soin, favorisant une prise en charge holistique. Les colloques sont de bons moyens de partage. De plus, avec l'accord du patient, il pourrait également être envisageable de se diriger vers ses proches pour avoir une évaluation plus complète.

Une échelle d'évaluation de l'anxiété peut être utile à l'infirmière pour l'évaluer de manière plus objectivable pour mieux orienter et adapter les stratégies. La « State and Trait Anxiety Inventory » (STAI) est une échelle d'auto-évaluation utilisée dans plusieurs de nos articles. En annexe IV, nous proposons sa version française nommée « Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété » (IASTA-Y), ayant démontré une bonne validité et fiabilité (Gauthier & Bouchard, 1993). Cette échelle se divise en deux parties, à 20 items chacune, dans lesquelles figurent des items manifestant des affects positifs et d'autres manifestant des affects négatifs. L'échelle d'anxiété situationnelle évalue l'état émotionnel actuel du patient, lui demandant d'indiquer l'intensité de ses sentiments sur une échelle à 4 points allant de « pas du tout » à « beaucoup » (Gauthier & Bouchard, 1993). L'échelle de trait d'anxiété évalue l'état émotionnel habituel de la personne, lui permettant d'indiquer la fréquence à laquelle elle ressent les symptômes notés sur une échelle à 4 points variant de « presque jamais » à « presque toujours » (Gauthier & Bouchard, 1993). Ces deux échelles peuvent être faites séparément selon le type de suivi. Néanmoins, dans le cas où elles sont utilisées ensemble, il est recommandé de faire passer l'échelle d'anxiété situationnelle en premier, car les réponses à celle-ci pourraient être influencées par l'état émotionnel induit par l'échelle de trait d'anxiété (Langevin, Boini, François & Riou, 2012). Le score de chaque échelle s'obtient « en calculant la somme des points accordés par le sujet à chaque item manifestant la présence d'affect négatif et le pointage inversé de chaque item manifestant la présence d'affect positif » (Centre d'Etudes et de Recherche en Intervention Familiale, n.d.). La présence d'anxiété est alors corrélée à un score élevé.

En fonction du stade d'anxiété dans lequel le patient se trouve, certaines approches sont plus souhaitables que d'autres et, parfois, une intervention plus complexe ou médicamenteuse est préférable et reste incontournable. Par exemple, des techniques de relaxation peuvent être adaptées dans un stade modéré, mais ne seront pas appropriées ni même efficaces en stade de panique, la personne n'étant pas disposée à assimiler l'exercice. De plus, l'utilisation de certaines approches en situation de crise pourrait s'avérer dangereux, comme c'est le cas, par exemple, pour l'acupuncture auriculaire qui nécessite l'utilisation d'aiguilles.

Ensuite, l'infirmière évalue les stratégies de gestion de l'anxiété que le patient utilise et décide avec lui si celles-ci peuvent être maintenues. Parfois, le patient utilise la consommation comme stratégie et il est alors pertinent que l'infirmière lui propose une autre alternative.

Avant de proposer une intervention, l'infirmière se questionne sur la nature de celle-ci et de sa pertinence pour le patient, comme suit :

- Quels sont les attentes et les besoins du patient ?
- Quelles sont ses préférences et aversions ?
- Quel est le degré d'autonomie qu'il souhaite dans sa prise en charge ?

- Qu'est-ce que recherche le patient par sa consommation ? Quel est son rapport à la substance ?

De plus, d'autres questions auxquelles l'infirmière doit réfléchir pour proposer une intervention sont mentionnées par la théorie de gestion des symptômes (Eicher et al., 2013, p. 18) :

- « Quoi » : détailler la stratégie
- « Quand » : organisation temporelle
- « Où » : contexte de déroulement de l'intervention
- « Pourquoi » : le but
- « Combien » : dosage de l'intervention, sa fréquence
- « À qui » : bénéficiaire de l'intervention
- « Comment » : proposition d'intervention

Suites à nos lectures d'articles, les stratégies de gestion pour l'anxiété qui en ressortent sont :

- Acupuncture auriculaire hebdomadaire en groupe
- Massothérapie prodiguée et enseignée par le soignant et pouvant être faite par un tiers
- Séances de méditation ou de relaxation en groupe de manière hebdomadaire avec la poursuite de la pratique par le patient à l'aide de guides audio
- Enseignement des techniques de respiration profonde
- Supports audio pour guider la pratique de relaxation, de méditation et d'hypnose
- Acupressure pouvant être faite de manière individuelle

Comme nous l'avons discuté précédemment, certaines approches demandent une implication plus importante du patient dans sa mise en pratique, comme c'est le cas par exemple pour la relaxation. Le rôle de l'infirmière est alors d'informer le patient et de lui enseigner des techniques de manière individuelle ou en groupe. D'autres approches offrent la possibilité d'inclure les proches dans le soin, demandant ainsi à l'infirmière d'organiser des enseignements. C'est le cas, par exemple, pour la massothérapie. Dans le cas où l'infirmière ne détient pas de compétences requises pour proposer elle-même certaines interventions, elle peut orienter et guider le patient vers un professionnel expérimenté sur la base de ses connaissances et ainsi lui permettre de faire un choix éclairé. Pour se faire, elle peut se référer au site de la Fondation Suisse pour les Médecines Complémentaires (ASCA), qui regroupe les professionnels, et dresser une liste de ceux-ci pour la transmettre au patient si besoin (ASCA, 2016).

Toutes les pistes d'interventions qui visent à réduire les facteurs anxigènes sont également à mobiliser dans l'accompagnement, pour ainsi diminuer de manière indirecte l'anxiété. Celles-ci sont, par exemple :

- Investiguer la qualité des relations familiales et soutenir le patient dans le maintien de celles-ci
- Collaboration pluridisciplinaire afin de soutenir le patient au niveau social et professionnel
- Considérer et évaluer la dimension spirituelle de la vie du patient afin de déterminer si celui-ci présente une détresse spirituelle
- Offrir un espace d'écoute pour permettre au patient de parler de son histoire de vie
- Questionner le patient sur ses perspectives futures et ses buts afin de le soutenir pour qu'il les atteigne

- Encourager le patient dans ses progrès dans le but de maintenir ses acquis et renforcer son sentiment d'auto-efficacité

Enfin, l'effet obtenu sur l'état du symptôme permet d'évaluer si la stratégie convient au patient. En effet, les approches complémentaires proposées dans notre travail ont démontré de l'efficacité pour réduire l'anxiété, néanmoins celles-ci ne sont pas toutes adaptées à tous les patients. Le patient devrait alors exprimer une diminution de la fréquence, de l'intensité et de la pénibilité du symptôme ainsi qu'une amélioration des facteurs contributifs à celui-ci, lui permettant un meilleur fonctionnement physique et mental ainsi qu'une meilleure qualité de vie. L'évaluation pourrait être envisagée au cours de rencontres organisées, que ce soit dans le cadre de l'intervention ou du suivi ou encore par les feedbacks du patient. L'utilisation de l'échelle d'évaluation de l'anxiété est un repère objectif des effets obtenus sur l'état des symptômes et peut être proposée à plusieurs reprises après la mise en œuvre d'une stratégie.

En tant qu'infirmière, des formations d'approches complémentaires sont envisageables. Par exemple, il est possible de se former, en 4 jours, au protocole d'acupuncture auriculaire proposée par la National Acupuncture Detoxification Association (NADA) (National Acupuncture Detoxification Association Schweiz, 2016). De plus, des approches psychocorporelles telles que le massage, la relaxation ou la méditation sont des formations proposées à la fondation de Nant (fondation de Nant, 2016).

Certaines interventions mentionnées dans nos articles peuvent être proposées sans faire de formation spécifique, comme c'est le cas pour les techniques de relaxation. En effet, Chen et al. (2013) utilisent des techniques de respirations profondes à raison de six par minute, afin d'atteindre un état de relaxation. C'est également le cas pour l'autohypnose, où l'on propose un enregistrement audio pour guider le patient.

Afin d'illustrer concrètement nos propositions, nous avons réalisé un document de synthèse permettant à l'infirmière de guider sa pratique.

7.2.1 Schéma d'actions

Quoi ?	Comment ?	Qui ?
<p>Détection de l'anxiété</p>	<p>Signes et symptômes ?</p> <p>Stade de l'anxiété ?</p>	<p>Infirmière → collaboration avec</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient • Proches du patient • Équipe interprofessionnelle
<p>Évaluation de l'anxiété</p>	<p>Autoévaluation → IASTA-Y</p> <p>Réaction face au symptôme ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • État de santé • Environnement • Dimensions de vie <p>Répercussion de l'anxiété sur la qualité de vie ?</p> <p>Quelles influences sur le symptôme ?</p>	<p>Infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigation au près du patient et de ses proches + collaboration avec équipe interprofessionnelle • Instruction de l'utilisation de l'échelle au patient
<p>Stratégies</p>	<p>Stratégies mobilisées par le patient ? → efficaces ? adaptées ?</p> <p>Proposition de nouvelles stratégies en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des attentes et des besoins • Des préférences et des aversions • Du degré d'autonomie souhaité • Du rapport à la substance • Du stade d'anxiété <p>Support audio pour guider la méditation, la relaxation ou l'hypnose</p> <p>Acupuncture auriculaire en groupe</p> <p>Massothérapie</p> <p>Méditation et relaxation en groupe</p> <p>Techniques de respiration profonde</p> <p>Acupressure</p> <p>Autohypnose</p> <p>Se questionner sur la mise en place de la stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quoi ? • Quand ? • Où ? • Pourquoi ? • Combien ? • À qui ? • Comment ? 	<p>Infirmière</p> <p>Formation</p> <p>Mise en pratique</p> <p>Orientation → ASCA : http://www.asca.ch/Partners.aspx</p> <p>Enseignements</p> <p>Proches</p> <p>Patients</p> <p>Équipe interprofessionnelle</p>
<p>Effets obtenus sur l'état du symptôme</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autoévaluation → IASTA-Y • Diminution de la fréquence, pénibilité et intensité du symptôme ? • Meilleur fonctionnement physique et mental ? • Meilleure qualité de vie ? <p>Maintien de la stratégie ou réadaptation nécessaire ?</p>	<p>Feedbacks du patient</p> <p>Objectivés par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmière • Équipe interprofessionnelle • Proches

Soutien psychosocial, spirituel, professionnel et financier. Encourager les acquis, valorisation, espaces d'écoute.

Tachycardie, sueurs, palpitations, tremblements, céphalées, baisse de l'appétit, douleurs abdominales, souffle court, inquiétudes, performances altérées.

8 Conclusion

Pour aider les patients à gérer leur anxiété, l'infirmière peut proposer des approches complémentaires. Celles-ci visent à améliorer la qualité de vie par l'amélioration des compétences personnelles et sociales, par le soulagement des symptômes de sevrage, par la réduction de la consommation et par le renforcement du sentiment d'auto-efficacité. Le soutien dans les sphères bio-psycho-socio et spirituelles est également une ressource pour diminuer l'anxiété.

Les interventions non médicamenteuses que nous proposons à travers notre travail sont des approches à envisager comme complémentaires et non alternatives. La prise en soins de l'addiction, est alors à considérer comme un ensemble d'approches complémentaires les unes aux autres. Pour ces raisons, l'interdisciplinarité est une ressource fondamentale et nécessaire pour construire des projets de soins holistiques et personnalisés.

Pour conclure notre travail, nous présentons les apprentissages du processus de recherche ainsi que l'auto-évaluation dans l'élaboration de notre dossier, les limites et les perspectives de recherche.

8.1 Apprentissage du processus de recherche

Ce travail nous a demandé de nous documenter sur la thématique addictive, ce qui a nécessité de nombreuses lectures afin d'enrichir nos connaissances dans ce domaine. Se basant sur un processus de recherche, notre travail nous a appris à interroger les bases de données scientifiques pour répondre à une question clinique que nous nous sommes posée. Cette tâche n'a pas été aisée en raison du peu de publications infirmières portant sur notre sujet, ce qui nous a incitées à utiliser de nombreuses équations et méthodes de recherche, pour trouver des résultats répondant à notre question. Ce processus de recherche nous a également permis de travailler avec des résultats probants et de développer un esprit critique.

Au début, il nous a été difficile de synthétiser nos idées car nous avons beaucoup d'informations à portée de main. Ce travail nous a donc permis de développer un esprit synthétique. Le fait de travailler en binôme nous a permis de partager nos idées, ce qui s'est avéré être une ressource. De plus, cela nous a demandé de structurer et d'organiser notre emploi du temps pour avancer dans le travail de manière efficiente. La confiance au sein du binôme s'est avérée indispensable pour élaborer ce travail.

Finalement, ce travail a aussi mis en évidence l'importance d'utiliser des données probantes dans notre pratique infirmière pour ainsi permettre à la profession d'être davantage reconnue et d'affirmer son rôle dans le système socio-sanitaire.

8.2 Limites

La plupart des études de nos articles se déroulent dans un contexte socio-sanitaire différent de la Suisse, ce qui peut influencer l'implantation de certaines approches et le type de prise en charge de l'addiction. En effet, les Etats-Unis sont notamment plus axés sur ce qui correspondrait aux piliers « thérapie » et « répressions » de notre politique en matière de drogue. De ce fait, diverses de nos études ne correspondent pas à une prise en charge bas-seuil, qui elle est de plus en plus retrouvée dans notre système socio-sanitaire. Dans une approche à bas seuil, le taux de participation aux approches proposées pourrait être plus faible que celui de nos études, pouvant

ainsi influencer le résultat sur l'état du symptôme. De ce fait, l'implantation des stratégies proposées dans notre travail dans les structures bas-seuil en Suisse peut être limitée.

De plus, malgré que les formations soient faciles d'accès et simples, offrir la possibilité aux collaborateurs de se former et de pratiquer, nécessite des moyens organisationnels et financiers de la part des institutions de soins et des collaborateurs. Pour ces raisons, il peut être compliqué pour les employeurs de former une infirmière dans chaque approche.

Nous soulignons que pour la plupart de nos articles, les résultats ont une généralisation potentiellement limitée. De ce fait, nous sommes conscientes que l'efficacité de nos propositions est à réévaluer auprès de chaque patient.

Certains de nos articles manquent d'explications détaillées et plus concrètes des interventions pour pouvoir de les reproduire telles quelles. En effet, les articles évoquant un enregistrement audio ne fournissent pas de liens directs pour l'obtenir. Nous ne sommes alors pas en mesure de fournir ces enregistrements et il serait nécessaire de contacter les auteurs pour les obtenir. De plus, dans son article, Piacentine (2013) ne donne pas de propositions concrètes pour soutenir la personne dans sa spiritualité, alors que cela est nécessaire pour être capable de répondre à des besoins exprimés, comme dit précédemment. Lorsque nous évoquons l'intégration de la famille et des proches dans les stratégies, nous ne proposons pas de moyens concrets pour y parvenir.

Nous aurions également voulu obtenir un article évoquant le ressenti des personnes souffrant d'addiction concernant leur anxiété, les facteurs qui y contribuent et ce dont elles auraient besoin pour faire face à ce symptôme. Nous avons constaté que leur point de vue concernant leur vie en général et leurs expériences, n'est que peu rapporté dans la littérature et cela nous questionne.

Peu de publications infirmières existent dans la littérature concernant des techniques de gestion de l'anxiété pour notre population. Cela nous a demandé de nous ouvrir à d'autres disciplines ou même d'inclure dans notre revue de littérature un article infirmier ne correspondant pas à notre public cible. Ce constat nous étonne, étant donné que l'infirmière est souvent en première ligne auprès du patient dans les structures ambulatoires bas-seuil et que la discipline possède un rôle propre dans la gestion des symptômes.

8.3 Perspectives de recherche

Premièrement, des recherches futures devraient prêter davantage attention au vécu de l'anxiété chez les personnes souffrant d'une problématique addictive pour relever les facteurs l'influençant ainsi que les besoins spécifiques de cette population vis-à-vis de ce symptôme. Pour ce faire, des recherches qualitatives nous sembleraient plus appropriées car elles permettraient de décrire le phénomène vécu par le patient.

Deuxièmement, il serait intéressant qu'une étude portant sur les moyens que l'infirmière en addictologie mobilise pour aider le patient à gérer son anxiété, soit menée afin de mettre en lumière les pratiques informelles courantes. En effet, nous avons pu constater que ce type de recherche a été mené dans d'autres contextes de soins, mais à notre connaissance, pas en addictologie.

Troisièmement, la faisabilité et l'efficacité des approches que nous préconisons à travers ce travail, devraient être sujettes à une étude future en milieu ambulatoire à bas seuil en Suisse. Ainsi, les données obtenues permettraient de réajuster les interventions et d'améliorer leur implantation dans le réseau socio-sanitaire Suisse.

Enfin, étant donné que notre travail ne s'est pas restreint à une substance spécifique et qu'il traitait uniquement de l'anxiété, un futur travail de Bachelor pourrait porter sur la gestion de l'ensemble des symptômes de sevrage chez un public ayant une addiction à une substance définie. En effet, l'accompagnement pourrait s'avérer être spécifique selon la substance. Nous abordons également l'inclusion des proches dans les stratégies de gestion de l'anxiété et l'utilisation en groupe de certaines approches, mais nous n'avons que peu développé ces aspects. Afin de mettre cela en pratique, un approfondissement du sujet est nécessaire. Pour cette raison, il serait intéressant que de futurs travaux de Bachelor s'orientent vers ces thématiques afin d'apporter des pistes de propositions complémentaires aux nôtres.

Références

- Addiction Suisse. (n.d.). *Dépendance*. Repéré à <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/dependance/>
- Addiction Suisse (février 2016). *Panorama suisse des addictions 2016*. Repéré à http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/PANORAMA_ADDICTIONS_2016.pdf
- Bergdahl, L., Berman, A. H. & Haglund, K. (2014). Patients' experience of auricular acupuncture during protracted withdrawal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 163-169. doi : 10.1111/jpm.12028
- Black, S., Jacques, K., Webber, A., Spurr, K., Carey, E., Hebb, A. & Gilbert, R. (2010). Chair Massage for treating anxiety in patients withdrawing from psychoactive drugs. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16 (9), 979-987.
- Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale. Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles (n.d.). *L'anxiété situationnelle*. Repéré à <http://cerif.uqo.ca/l%E2%80%99anxi%C3%A9t%C3%A9-situationnelle>
- Chang, B.-H., Sommers, E. & Herz, L. (2010). Acupuncture and relaxation response for substance use disorder recovery. *Journal of Substance Use*, 15(6), 390-401. doi : 103109/14659890903580466
- Chen, K.-W., Berger, C.-C., Gandhi, D., Weintraub, E. & Lejuez, C.-W. (2013). Adding Integrative Meditation with Ear Accupressure to Outpatient Treatment of Cocaine Addiction : a randomized controlled Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(3), 204-210. doi : 10.1089/acm.2011.0311
- Collège Romand de Médecine de l'Addiction. (2013). *Neurosciences de l'addiction*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/shop/00010/00509/index.html?lang=fr>
- Cook, J.-S., Lee Fontaine, K. (1991). *Soins infirmiers, psychiatrie et santé mentale*. Ottawa, Canada : éditions du renouveau pédagogique Inc.
- Cungi, C., & Nicole, S. (2014). *Faire face aux dépendances*. France : Retz.
- De Mayer, J., Vanderplasschen, W., Camfield, L., Vanheule, S., Sabbe, B. & Broekaert, E. (2011). A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1244-1257. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2011.03009
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Viens Python, N. (2013). Version française de la théorie de Gestion des Symptômes (TSG) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 14-25.
- Elsevier. (2016). *International Journal of Nursing Studies*. Repéré à <http://www.journals.elsevier.com/international-journal-of-nursing-studies/>
- Fondation de Nant. (2016). *Programme de formation 2016. Intégrer la complexité croissante des savoirs*. Repéré à <http://www.nant.ch/images/nant/formation/Programme%20de%20formation%202016.pdf>

- Fondation Suisse pour les médecines complémentaires (ASCA). (2016). *Thérapeutes agréés*. Repéré à <http://www.asca.ch/Partners.aspx>
- Fortinash, K.-M., & Holoday Worret, P.-A. (2013) *Soins infirmiers. Santé mentale et psychiatrie*. Paris, France : de boeck.
- Gauthier, J. & Bouchard, S. (1993). A French-Canadian adaptation of the revised version of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(4), 579-589. doi : 10.1037/h0078881
- Gouvernement du Canada. (2014). *Au sujet de l'abus de substances*. Repéré à <http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/substance-abuse-toxicomanie/about-au-sujet/about-au-sujet-fra.php?#a1>
- Groupement Romand des Etudes des Addictions (GREA). (2012). *Addiction*. Repéré à <http://www.grea.ch/addiction-0>
- Hardegger, S., Hasenhoeller, A., Scheuber, M. & Rihs-Middel, M. (2009). *Prise en « charge bas seuil » et « intermédiaire » des personnes dépendante aux drogues illégales et à l'alcool : revue de littérature*. Repéré à http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=51387
- Howel, D. (2011). Psychological Distress as a nurse-sensitive outcome. Dans D.-M., Doran. *Nursing outcomes, the state of the science* (2^{ème} éd., pp. 285-358). Mississauga, Canada : Jones & Bartlett Learning
- Izoa : Art & Déco. (2016). *Tableau déco équilibre*. Repéré à <http://www.izoa.fr/tableau-deco-nature-fleur/1695-tableau-deco-equilibre.html>
- Jaquet, P., Spring, G. & Mathys, P. (2008, juin). Place de la spiritualité dans les programmes thérapeutiques des Oliviers. *Dépendances*, 34, 9-12.
- Lançon, C. (2013). *Conduites addictives et processus de changement*. Paris, France : John Libbey Eurotext.
- Langevin, V., Boini, S., François, M. & Riou, A. (2012, Septembre). Risques psychosociaux : outils d'évaluation. Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y [State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)]. *Références en santé au travail*, 161-164.
- Lejoyeux, M. (2013). *Addictologie* (2^{ème} édition). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Marlatt, G.-A. & Donovan, D.-M. (2008). *Prévention de la rechute. Stratégie de maintien en thérapie des conduites addictives*. Suisse : Editions Médecine et Hygiène.
- Mary Ann Liebert. Inc. Publishers. (2012). *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. Repéré à <http://www.liebertpub.com/overview/journal-of-alternative-and-complementary-medicine-the/26/>
- Monitoring suisse des addictions. (2016a). *Alcool. Prévalence*. Repéré à <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/2/1.html?alcool-prevalence>
- Monitoring suisse des addictions. (2016b). *Opioïde. Prévalence*. Repéré à <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/3/1.html?opioïdes-prevalence>
- Monitoring suisse des addictions. (2016c). *Cocaïne. Prévalence*. Repéré à <http://www.suchtmonitoring.ch/fr/5/1.html?cocaine-prevalence>

- Morel, A., Chappard, P., & Couteron, J-P. (2012). *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*. Paris, France : Dunod.
- National Acupuncture Detoxification Association Schweiz. (2016). *Formation*. Repéré à http://www.nada-acupuncture.ch/nada_ausbildung.php
- Office Fédérale de la Santé Publique. (n.d.). *Politique des quatre piliers*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/index.html?lang=fr>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Définition de la substance psychoactive*. Repéré à http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- Piacentine, L.-B. (2013). Spirituality, religiosity, depression, anxiety and drug-use consequences during methadone maintenance therapy. *Western Journal of Nursing Research*, 35(6), 795-814. doi : 10.1177/0193945913479452
- Palazzolo, J. (2007). *Dépression et anxiété, mieux comprendre pour mieux les prendre en charge*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Sage Publishing. (2016). *Western Journal of Nursing Research*. Repéré à <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/western-journal-of-nursing-research/journal200968#description>
- Savary, J.-F. (2007). *La politique suisse en matière de drogues : Le modèle des 4 piliers, historique et perspective*. Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale. Repéré à http://www.grea.ch/sites/default/files/Savary_2007%28a%29.pdf
- Shu-Mei, Z., Shi-Hui, A. & Yue, Z. (2013). Effect of cognitive behavioural interventions on quality of life in Chinese heroin-dependent individuals in detoxification : a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 23, pp. 1239-1248. doi : 10.1111/jocn.12287
- Taylor & Francis. Online. (nd). *Journal of Substance Use*. Repéré à <http://www.tandfonline.com/page/authors/editors>
- Townsend, M.-C. (2010). *Soins infirmiers. Psychiatrie et Santé mentale* (2^{ème} éd.). Québec, Canada : Editions du Renouveau Pédagogique.
- Université de Montréal. (2016). *Les bibliothèques, guide, CIHAL*. Repéré à <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/505-CINAL>
- Université de Montréal. (2016). *Les bibliothèques, guide, MEDLINE*. Repéré à <http://guides.bib.umontreal.ca/disciplines/461-MEDLINE>
- VandeVusse, L., Hanson, L., Berner, M.-A. & White Winters, J.M. (2010). Impact of Self-Hypnosis in Women on Select Physiologic and Psychological Parameters. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39, 159-168. doi : 10.1111/j.1552-6909.2010.01103.x
- Wiley Online Library. (2016). *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. Repéré à [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1552-6909/homepage/ProductInformation.html](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1552-6909/homepage/ProductInformation.html)

- Wiley Online Library. (2016). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Repéré à [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-2850/homepage/ProductInformation.html](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-2850/homepage/ProductInformation.html)
- Zullino, D., Manghi, R. (2013). Troubles anxieux et addiction. Dans A., Benyamina, M., Reynaud, & H.-G., Aubin. *Alcool et troubles mentaux. De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

Annexes

Annexe I : Descripteurs utilisés dans CINHAL et PubMed

Mots clé en français	Descripteur utilisé dans CINHAL	Descripteurs utilisés dans PubMed
Dépendance à une substance	Substance Dependence Substance Use Disorders	Substance-Related Disorders
Addiction	Pas de descripteur correspondant, utilisé : Substance Dependence	Behavior, Addictive
Anxiété	Anxiety, anxiety disorders	Anxiety, anxiety disorders
Qualité de vie	Quality of Life	Quality of Life
Interventions non médicamenteuse	Pas de descripteur correspondant, utilisé : Alternative Therapies Relaxation Techniques Self Care Management Hypnosis Mobile applications Bibliotherapy	Pas de descripteur correspondant, utilisé : Complementary Therapies Self care
Soins infirmiers	Nursing interventions	Nursing Nursing Care Nurse's role Nurs* (n'est pas un descripteur MESH)
Prévention	Preventive Health Care	Primary Prevention Secondary Prevention Tertiary Prevention

Annexe II : Grille d'analyse d'article qualitatif

Critères 1-5 = fiabilité ; 6-8 = crédibilité	OUI	NON	PAS CLAIR	PAS APPLICABLE	ARGUMENT ATION
1. La perspective philosophique annoncée et la méthodologie de recherche sont congruentes					
2. La méthodologie de recherche et les questions/objectifs de recherche sont congruents					
3. La méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données sont congruentes					
4. La méthodologie de recherche et la présentation et l'analyse des données sont congruentes					
5. La méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats de recherche est congruente					
6. Le chercheur est identifié culturellement et théoriquement et/ou l'influence potentielle du chercheur sur la recherche et de la recherche sur le chercheur est discutée					
7. Les participants et leurs voix sont représentés adéquatement					
8. Les conclusions amenées dans la discussion semblent découler de l'interprétation des données					
9. Les normes éthiques sont respectées					

Traduit du JBI Manual (Joanna Briggs Institute, 2011) par la professeure J. Wosinski.

Annexe III : Grille de lecture critique pour études quantitatives

Citation	
But de l'étude Clair ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Listez le(s) but(s) de l'étude, si vous avez un questionnaire en quoi y répondent-ils?
Littérature La revue de littérature est-elle concluante ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comment les auteurs argumentent-ils la nécessité de leur étude à la lumière de la revue de littérature ?
Devis Quant, qual, mixte. Descriptif, exploratoire, explicatif, prédictif, etc.	Décrivez la méthodologie de recherche. Avez-vous identifié des biais ? Dans quel sens influenceraient-ils l'étude ?
Echantillon N = 844 (31% de la population accessible) Est-il décrit en détail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Echantillonnage (qui; caractéristiques; combien ; méthode d'échantillonnage?) Si plusieurs groupes, leurs similitudes ont-elles été testées ? Commission d'éthique (consentement éclairé obtenu) ?
Mesures Validité ? Fiabilité ?	Quand et/ou à quelle fréquence les mesures ont-elles été réalisées ? Quelles variables sont mesurées ?

Intervention L'intervention est-elle décrite en détail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'intervention Y a-t-il des facteurs	Décrire l'intervention (focus ? par qui est-elle effectuée ? à quelle fréquence ? dans quel cadre ? l'intervention pourrait-elle être répliquée à partir des informations contenues dans l'article ?).
--	--

<p>confondants ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en identifie pas</p>	
<p>Résultats</p> <p>Mentionnent-ils la significativité et/ou les IC?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Les implications cliniques sont-elles mentionnées ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Décrivez les résultats. Sont-ils statistiquement significatifs (i.e., $p < 0.05$)?</p> <hr/> <p>Les différences entre groupes sont-elles expliquées et statistiquement interprétables ?</p>
<p>Conclusions et implications</p> <p>Les auteurs répondent-ils à leur(s) questionnement(s) ?</p>	<p>Quelles sont les conclusions de l'étude ? Quelles conséquences pour la pratique ? Quelles limites ou biais empêchent une généralisation ?</p>

Traduite et inspirée de : Critical Review Form – Quantitative Studies ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M. - [McMaster University](http://www.mcmaster.ca/~lawm/) par la professeure C. Borloz

Annexe IV : « Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété » (IASTA-Y), tiré de Gauthier et Bouchard (1993).

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE

Développé par Charles D. Spielberger

En collaboration avec

R.L Gorush, R. Lushene, P.R. Vagg et G. A. Jacobs

Traduit et adapté par Janel G. Gauthier

En collaboration avec Stéphane Bouchard

IASTA (forme Y-1)

Nom :

Date :

S :

Age :

Sexe :

T :

CONSIGNES : Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez présentement.

Beaucoup
Modérément
Un peu
Pas du tout

	1	2	3	4
1. Je me sens calme	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
3. Je suis tendu(e)	1	2	3	4
4. Je me sens surmené(e)	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé(e)	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des malheurs possibles	1	2	3	4
8. Je me sens comblé(e)	1	2	3	4
9. Je me sens effrayé(e)	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise	1	2	3	4
11. Je me sens sûr(e) de moi	1	2	3	4
12. Je suis nerveux (se)	1	2	3	4
13. Je suis affolé(e)	1	2	3	4
14. Je me sens indécis(e)	1	2	3	4
15. Je suis détendu(e)	1	2	3	4
16. Je me sens satisfait(e)	1	2	3	4
17. Je suis préoccupé(e)	1	2	3	4
18. Je me sens tout mêlé(e)	1	2	3	4
19. Je sens que j'ai les nerfs solides	1	2	3	4
20. Je me sens bien	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE
IASTA (Forme Y-2)

Nom :

Date :

CONSIGNES : Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

Presque jamais
Quelquefois
Souvent
Presque toujours

	1	2	3	4
1. Je me sens bien	1	2	3	4
2. Je me sens nerveux (se) et agité(e)	1	2	3	4
3. Je me sens content(e) de moi-même	1	2	3	4
4. Je voudrais être aussi que les autres semblent l'être	1	2	3	4
5. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)	1	2	3	4
6. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
7. Je suis d'un grand calme	1	2	3	4
8. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter	1	2	3	4
9. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
10. Je suis heureux (se)	1	2	3	4
11. J'ai des pensées troublantes	1	2	3	4
12. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
13. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
14. Prendre des décisions m'est facile	1	2	3	4
15. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation	1	2	3	4
16. Je suis satisfait(e)	1	2	3	4
17. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
18. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit	1	2	3	4
19. Je suis une personne qui a les nerfs solides	1	2	3	4
20. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents	1	2	3	4