

RECHERCHE

Conduites addictives en milieu anesthésique dans les quatre CHU de Ouagadougou (au Burkina Faso)

Agossa Koami Aboflan^{1, 2,*}, Almoustapha Cisse², Lidawè Ahloma², Kapouné Karfo²

¹ Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Science de la Santé et de l'Éducation, Burkina Faso

² Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

* Correspondance : Agossa Koami ABOFLAN ; Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Science de la Santé et de l'Éducation, Burkina Faso. Email : nicobersong@yahoo.fr

Résumé :

Introduction : De manière générale, la prévalence de la dépendance aux substances psychoactives est élevée chez le personnel d'anesthésie-réanimation. Le personnel d'anesthésie-réanimation dans les CHU de Ouagadougou ne fait pas sans doute l'exception. L'objectif de notre étude était d'étudier les conduites addictives du personnel de santé dans les services d'anesthésie des CHU de Ouagadougou. **Méthodologie :** Il s'agissait d'une étude multicentrique, transversale quantitative à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 1er novembre 2023 au 1er octobre 2024. Tout le personnel d'anesthésie-réanimation répondant aux critères de l'étude avait été inclus. Les données avaient été recueillies en ligne via Kobocollect et avec des fiches. **Résultats :** Nous avons obtenu un taux de participation de 62,1 %. La prévalence de consommation de substances était de 69,7 %. La caféine était la plus consommée, suivie de l'alcool, ensuite du tabac, puis le thé. On retrouvait 51,7 % de cas de poly-consommation. La prévalence de la dépendance aux substances était de 41 %. La dépendance au tabac, à l'alcool et aux autres produits, étaient respectivement de 88,2 % ; 16,5 % et 62,4 %. La surcharge au travail, le stress au travail, le nombre d'années d'exercice et la privation de sommeil augmentent le risque de dépendance. **Conclusion :** Les prévalences de la consommation et de la dépendance aux substances sont élevées dans notre étude. La connaissance des facteurs de risque permettra la prévention et/ou la prise en charge de ces conduites addictives.

Mots clés : Consommation, Abus, Dépendance, Substances psychoactives, Personnel d'anesthésie-réanimation, CHU, Ouagadougou

Abstract:

Introduction: The prevalence of psychoactive substance dependence is high among anesthesia and intensive care staff. Anesthesia and intensive care staff at the Ouagadougou University Hospitals are undoubtedly no exception. The objective of our study was to examine the addictive behaviors of healthcare staff in the anesthesia departments of the Ouagadougou University Hospitals in Burkina Faso in order to take stock of the situation. **Methodology:** This descriptive cross-sectional study took place from November 1, 2023, to October 1, 2024, on 211 anesthesia and intensive care staff from the four university hospitals in Ouagadougou. Data were collected online via Kobocollect and physical forms. **Results:** We obtained a participation rate of 62.1 %. The overall prevalence of substance use was 69.7 %. Caffeine was the most commonly consumed substance, followed by alcohol, then tobacco, and then tea. There were 51.7 % of cases of poly-drug use. The prevalence of substance dependence was 41 %. Addiction to tobacco, alcohol, and other substances was 88.2 %, 16.5 %, and 62.4 %, respectively. Work overload, job stress, years of experience, and sleep deprivation increase the risk of addiction. **Conclusion:** The prevalence of substance use and dependence is high in our study. Knowledge of risk factors will enable the prevention and/or management of addictive behaviors.

Key words: Consumption, Abuse, Addiction, Psychoactive substances, Anesthesia and intensive care staff, University Hospital, Ouagadougou

1. INTRODUCTION

Les professionnels de la santé sont plus exposés au risque de mésusage de substances psychoactives que le grand public [1]. Parmi eux, les praticiens de l'anesthésie sont particulièrement exposés à l'addiction [2]. L'addiction se définit selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements [3]. Une substance psychoactive (SPA) s'entend d'une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect [4]. Selon une enquête de Meeusen et al., l'addiction est le principal risque professionnel des praticiens de l'anesthésie [5]. Pour certains auteurs, ceci peut s'expliquer par le fait que l'anesthésie et la réanimation sont des métiers difficiles, faits de contraintes et d'un stress professionnel élevé avec une exposition et un accès facile à des substances addictives que représentent les agents anesthésiques [6,7,8].

Malheureusement, l'addiction aux agents anesthésiques ne représente qu'une partie du problème des dépendances chimiques qui incluent, les drogues licites que sont le tabac et l'alcool, mais aussi d'autres agents de la pharmacopée comme les antidépresseurs et les sédatifs et parfois des drogues illicites [9]. Cette consommation de substances psychoactives, par le personnel d'anesthésie-réanimation, est un vrai problème qui engage non seulement leur propre santé mais peut aussi affecter la sécurité des patients [10], entraînant parfois des accidents mortels [11,12]. Selon une étude réalisée en Grande Bretagne en 2007, le taux de mortalité lié à l'abus de substances chez les anesthésistes était de 26 à 38 % [2]. Des auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle les facteurs de risque d'abus de substances pourraient et devraient être reconnus et traités dans le cadre de l'enseignement [13,14,15]. Au regard de l'ampleur du phénomène, il est essentiel pour la sécurité des patients de s'attaquer efficacement à ce problème [13,18]. À cet effet, des études menées en France [14,19] ; aux Etats-Unis [18] et en Grande-Bretagne [20] retrouvent des taux importants de personnel ayant développé une addiction. En Afrique, des études réalisées au Maroc [10] et au Sénégal [21] sont parvenues à la même conclusion. Au Burkina Faso, dans une étude menée chez le personnel de santé de manière générale, sur la seule consommation de tabac, 44,40 % ont déclaré avoir essayé le tabac [22]. Il n'existe aucune donnée sur ce phénomène spécifiquement en milieu anesthésique malgré la gravité et les conséquences délétères qui peuvent en découler. Ainsi, cette étude a été initiée pour examiner les conduites addictives du personnel des services d'anesthésie-réanimation des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Ouagadougou afin de déterminer la prévalence de l'abus de substances et les facteurs qui y contribuent. Elle permettra de connaître les facteurs de risque associés afin de proposer des recommandations pour la prévention de ces conduites addictives.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Cadre de l'étude

Cette étude transversale a été conduite de novembre 2024 à octobre 2025 dans les 4 CHU de Ouagadougou à savoir le CHU Yalgado Ouédraogo (CHU-YO), le CHU pédiatrique Charles De Gaulle (CHU-PCG), le CHU de Bogodogo (CHU-B) et le CHU de Tengandogo (CHU-T).

2.2. Population d'étude

La population d'étude a concerné tout le personnel d'anesthésie-réanimation travaillant dans l'un des CHU de Ouagadougou au moment de l'étude et ayant donné leur consentement. Il s'agit des médecins titulaires, des médecins en spécialisation, des attachés de santé en anesthésie et des garçons et filles de salle. L'attaché de santé en anesthésie et réanimation est un infirmier spécialisé en anesthésie et réanimation. Il assiste le médecin anesthésiste et le remplace parfois dans certains centres à cause de l'insuffisance de spécialistes. Les garçons et filles de salle communément appelés les gardes malades, veillent sur les malades, se chargent de les emmener au bloc opératoire et y assurent aussi l'entretien.

2.3. Taille de l'échantillon

Le recrutement a été exhaustif. Ceci pour atteindre un maximum de personnel et donner à l'étude une portée multicentrique. En effet, tout le personnel répondant aux critères d'inclusion avait reçu les fiches physiques ou numériques.

2.4. Outil de collecte des données

Un questionnaire semi-structuré a été administré pour la collecte. Le questionnaire a été divisé en 3 sections : les caractéristiques sociodémographiques ; les types de consommation et les échelles d'évaluation de la consommation.

Les dix items du questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [14][23] ont été utilisés pour quantifier la consommation d'alcool. Le score AUDIT 0 (consommation d'alcool inférieure à une fois par mois) à 35. Un score ≥ 8 chez les hommes et ≥ 7 chez les femmes, indique une situation d'abus. Un score > 12 chez les hommes et > 11 chez les femmes indique une situation de dépendance. Un score < 8 chez les hommes et < 7 chez les femmes indique une situation de consommation non préjudiciable ou d'abstinence.

La dépendance au tabac a été évaluée par le score de Fagerström [14][24] : les consommateurs avec un score entre 0 et 2 étaient considérés comme n'ayant pas de dépendance ; entre 3 et 4 : dépendance faible ; entre 5 et 6 : dépendance moyenne ; entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Le test de Cungi [14][25], est une échelle générale de dépendance qui a été adaptée aux neuroleptiques, drogues,

antidépresseurs, anesthésiques et autres substances : Un nombre de "oui" supérieur ou égal à deux indiquait une dépendance. Plus le nombre de "oui" s'élevait, plus la dépendance était grande.

Ces échelles ne sont pas encore validées au Burkina Faso.

Avant l'évaluation du degré de dépendance, les professionnels ont été classés en "consommateurs" et "non consommateurs" pour la consommation de l'alcool et celle des autres substances ; en "fumeurs" et "non-fumeurs" pour la consommation du tabac.

L'abstinence dans notre cas est l'absence de consommation d'une substance. La consommation non préjudiciable est la consommation modérée d'une substance, qui n'entraîne aucun problème de santé physique ou psychique et qui ne présente aucun risque de les provoquer. L'abus est défini comme une consommation régulière d'une substance nuisible au plan physique, psychologique, émotionnel ou social, telle qu'elle est à l'origine de problèmes de santé. La dépendance à une substance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance psychoactive, caractérisé par des réponses comportementales incluant une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique pour retrouver ses effets ou éviter le malaise.

2.5. Procédure de collecte des données

Elle a été faite simultanément en ligne via l'application Kobocollect et grâce à des fiches d'enquête physiques. Ainsi, le questionnaire numérisé a été diffusé via la messagerie WhatsApp du personnel soit de manière individuelle, soit dans les groupes. Pour les fiches physiques, nous nous sommes rendus dans les différents services suivant la disponibilité du personnel pour présenter et partager le questionnaire. Le remplissage a été optionnel et unique.

2.6. Traitement et analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel STATA. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques sociodémographiques et les scores de dépendance aux substances. Les associations entre les variables ont été explorées à l'aide de tests du chi carré, avec une signification statistique fixée à $p < 0,05$. Une régression logistique binaire a été utilisée pour identifier les facteurs prédictifs potentiels.

3. RESULTATS

3.1. Etude descriptive

Au total, sur les 304 personnels d'anesthésie et réanimation présents dans les CHU, 218 ont participé à notre étude dont 63 via Kobocollect et 155 à l'aide des fiches physiques. Parmi les 155 fiches physiques remplies, 7 étaient inexploitable car incomplètes ou mal remplies. Nous avons donc 211 personnels inclus soit un taux de participation global de 62,1 %. Les antécédents personnels et familiaux de consommation étaient respectivement de 2,8 % et 1,4 %. Parmi les enquêtés ; 30, 3 % ont déclaré avoir connu ou connaître au moins un collègue qui a des problèmes de consommation de substances.

Caractéristiques sociodémographiques du personnel

La tranche d'âge de 45-54 ans était la plus représentée avec 46,5 %. Le sexe masculin représentait 55,9 % avec un sexe ratio de 1.3 et 73,9 % des enquêtés étaient mariés. La plupart des répondants avait un nombre d'enfants compris entre 1 et 3 soit 70,1 %. Le tableau suivant indique la répartition du personnel selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Âge		
<34 ans	35	16,6
35-44 ans	64	30,3
45-54 ans	98	46,5
55 ans et plus	14	6,6
Sexe		
Masculin	118	55,9
Féminin	93	44,1
Situation matrimoniale		
Marié(e)	156	73,9
Célibataire	31	14,7
Concubinage	13	6,2
Veuf(ve)	6	2,8
Divorcé(e)	5	2,4
Nombre d'enfants		
0	25	11,9
1 à 3	148	70,1
4 ou plus	38	18,0

Tableau 1. Répartition du personnel selon les caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques professionnelles

Les attachés de santé en anesthésie étaient majoritaires avec 48,8 %. Les garçons et filles de salle représentaient 23,2 %. Les médecins titulaires étaient les moins représentés avec 3,8 %. Le nombre d'années d'exercice le plus représenté était de plus de 10 ans soit 47,4 %.

Prévalence selon le type de substance consommée

La prévalence globale de la consommation de substances du personnel d'anesthésie dans les hôpitaux de Ouagadougou était de 69,7 %. L'alcool était consommé dans 54,5 % des cas ; et les produits autres que le tabac et l'alcool dans 40,3 % des cas. Les fumeurs étaient au nombre de 17 soit 8,1 %. On retrouvait 51,7 % de cas de poly-consommation et 48,3 % de cas de mono-consommation. Le tableau 2 indique la prévalence selon le type de substance consommée

Variables	Effectifs	Pourcentage (%)
Tabac		
Non-fumeurs	194	91,9
Fumeurs	17	8,1
Alcool		
Non consommateurs	96	45,5
Consommateurs	115	54,5
Autres produits		
Non consommateurs	126	59,7
Consommateurs	85	40,3

Tableau 2. Prévalence selon le type de substance consommée.

Dans la tranche "autres produits", la caféine était le plus consommé avec 75 %, ensuite le thé avec 14 %, puis suivent les agents anesthésiques dans 3 %. Les consommateurs de cannabis représentaient 2 %. Les détergents (produits utilisés pour le nettoyage des surfaces) sont consommés par 4 % des répondants. La figure 1 montre la répartition du personnel selon les autres produits consommés.

Dépendance aux substances consommées

Dans notre étude, 41 % des répondants avaient une dépendance vis-à-vis d'au moins une des substances consommées. Sur les 17 participants qui consomment le tabac, 35,3 % avaient une dépendance forte ; 35,3 % une dépendance moyenne et 17,7 % une dépendance faible. Le tableau 3 montre la sévérité de la dépendance selon le tabac. Comme l'indique le tableau 4, parmi les 115 consommateurs d'alcool, la dépendance était présente dans 16,5 % des cas. Sur les 85 qui consommaient les "autres produits" (la caféine, le thé, les agents anesthésiques, le cannabis, les détergents, hypnotiques, tranquillisants) 62,4 % avaient une faible à forte dépendance.

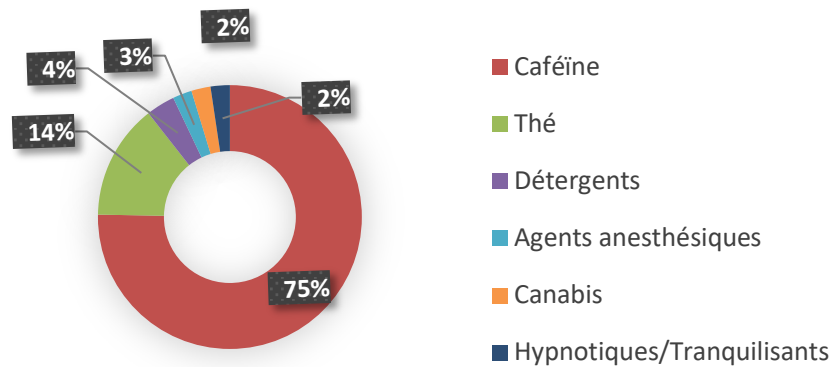


Figure 1. Répartition du personnel selon les autres produits consommés.

Dépendance au tabac	Effectif	Pourcentage (%)
Dépendance moyenne	6	35,3
Dépendance forte	6	35,3
Dépendance faible	3	17,7
Pas de dépendance	2	11,7

Tableau 3. Sévérité de la dépendance au tabac

Dépendance à l'alcool	Effectif	Pourcentage (%)
Consommation non préjudiciable	69	60,0
Abus	27	23,5
Dépendance	19	16,5

Tableau 4. Sévérité de la dépendance à l'alcool

Situations à risque

Parmi les motifs, le stress au travail était le plus évoqué par le personnel soit 33,2 % suivi de la surcharge au travail avec 19 %. La recherche de performance et le manque de repos ont été retrouvés respectivement dans 10,4 % et 6,2 % des cas. Les motifs les moins représentés étaient les accidents évités de justesse et les décès en salle respectivement dans 2,8 % et 1,4 %. La figure 2 montre les motifs à l'origine de la consommation des substances.

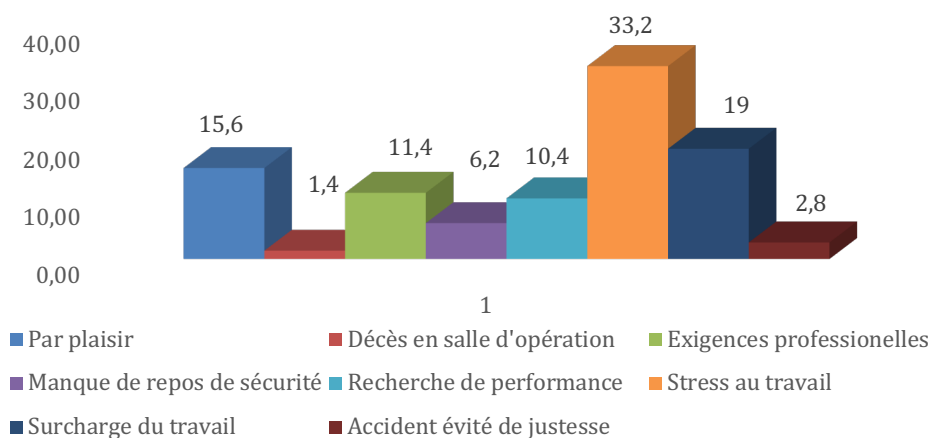


Figure 2. Motifs à l'origine de la consommation des substances

3.2. Etude analytique

Les participants ayant affirmé avoir beaucoup ($p = 0,02$) ou modérément ($p = 0,04$) un sentiment d'être surchargé ont 20 fois plus de risque d'être dépendant au tabac et ceux ayant déclaré avoir énormément un sentiment d'être surchargé ($p = 0,02$) présentent 16 fois ce risque (Tableau 5-a).

Avoir beaucoup ($p = 0,02$), légèrement ($p = 0,01$), ou modérément ($p < 0,0001$) un sentiment d'être stressé présente respectivement sept (7) ; cinq (5) et 12 fois plus de risque d'être dépendant à l'alcool. Être légèrement ($p < 0,0001$) et modérément ($p = 0,04$) surchargés au travail, augmentent de 19 et de quatre (4) fois le risque d'être dépendants à l'alcool (Tableau 5-b).

Les résultats de l'analyse montrent que le personnel ayant un nombre d'années d'exercice de moins de 5ans, ont 0.09 fois moins de risque d'être dépendants à un autre produit ($p = 0,001$), comparativement à leurs homologues ayant plus de 10 ans d'exercice. Être privé de sommeil légèrement ($p = 0,02$) ou modérément ($p=0,006$) multiplie par quatre (4) et par six (6) le risque d'être dépendants à un autre produit. Les participants ayant le sentiment d'être légèrement ($p = 0,03$) ou modérément ($p=0,04$) stressés ont tous quatre (4) fois plus de risque de présenter cette dépendance (Tableau 5-c).

Variables	OR-brut	IC à 95 %	P-value	ORa	IC à 95 %	P-value
Sentiment d'être stressé						
Enormément	1			1		
Beaucoup	14,65	(3,59-18,81)	<0,0001	2,38	(0,37-10,07)	0,36
Modérément	1,42	(0,23-8,84)	0,71	0,23	(0,03-1,87)	0,17
Légerement	1,73	(0,34-8,91)	0,51	0,33	(0,05-2,23)	0,26
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Sentiment d'être surchargé						
Enormément	1			1		
Beaucoup	21,75	(2,61-26,83)	0,004	19,77	(1,54-24,27)	0,02*
Modérément	12,08	(1,36-14,09)	0,03	20,01	(1,65-22,2)	0,02*
Légerement	9,32	(0,93-12,24)	0,06	16,24	(1,15-25,27)	0,04*
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Anxiété						
Non	1(réf.)			1(réf.)		
Oui	2,87	(0,99-8,33)	0,005	1,27	(0,33-4,84)	0,73

Tableau 5a. Facteurs associés à la dépendance au tabac à l'analyse multivariée

Les résultats de l'analyse montrent que le personnel ayant un nombre d'années d'exercice de moins de 5 ans, ont 0,09 fois moins de risque d'être dépendants à un autre produit ($p = 0,001$), comparativement à leurs homologues ayant plus de 10 ans d'exercice. Être privé de sommeil légèrement ($p = 0,02$) ou modérément ($p = 0,006$) multiplie par quatre (4) et par six (6) le risque d'être dépendants à un autre produit. Les participants ayant le sentiment d'être légèrement ($p = 0,03$) ou modérément ($p=0,04$) stressés ont tous quatre (4) fois plus de risque de présenter cette dépendance (Tableau 5-c).

4. DISCUSSION

4.1. Consommation des substances

Dans cette étude, le tiers du personnel (30,3 %) ne consommait aucun produit. Dans l'étude de Satoguina et al., 25 % du personnel ne consommait aucun produit [21]. Ceci dénote qu'une forte proportion de personnel adopte des conduites additives de manière générale. Bien qu'il existe des facteurs personnels pouvant rendre compte de ces conduites additives, l'environnement professionnel joue un rôle important à travers la disponibilité des produits, le stress professionnel et le burnout [39,40] et ce dans une grande proportion. Comme l'indique une enquête de la société française d'anesthésie et de réanimation, la population de professionnels d'anesthésie en burnout était de 62,3 % en 2009[38].

En ce qui concerne les produits les plus consommés nous retrouvons par ordre décroissant la caféine (75 %), l'alcool (54,5 %), le thé (14 %) et le tabac (8,1 %). Ensuite viennent les détergents (4 %), les agents anesthésiques (3 %), les hypnotiques (2 %) et le cannabis (2 %). La drogue faisait partie des produits les moins consommés. Au Sénégal, les produits les plus consommés étaient dans l'ordre, le thé (51,7 % des agents), le café (45 %), le tabac (16,7 %) et l'alcool (11,7 %) [21].

Variables	OR-brut	IC à 95 %	P-value	ORa	IC à 95 %	P-value
Grade						
Attaché(e)	0,81	(0,37-1,79)	0,61	1,01	(0,30-3,54)	0,99
Garçon ou fille de salle	0,98	(0,40-2,39)	0,97	2,02	(0,57-7,17)	0,28
Infirmier(ère)	0,47	(0,14-1,51)	0,21	0,38	(0,06-2,65)	0,33
Médecin titulaire	5,16	(0,57-10,83)	0,14	5,32	(0,34-10,56)	0,23
DES	1(réf.)			1(réf.)		
Sexe						
Féminin	1(réf.)			1(réf.)		
Masculin	1,56	(0,89-2,69)	0,11	1,09	(0,48-2,51)	0,84
Sentiment d'être surchargé						
Enormément	1			1	-	-
Beaucoup	8,47	(3,64-10,74)	<0,0001	3,34	(0,64-9,37)	0,15
Modérément	8,78	(3,78-12,37)	<0,0001	3,92	(1,04-7,80)	0,04*
Légèrement	33,89	(9,29-40,21)	<0,0001	18,65	(3,74-22,92)	<0,0001*
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)	-	-
Sentiment d'être stressé						
Enormément	22,67	(2,56-28,47)	0,001	1	-	-
Beaucoup	12,59	(4,41-15,98)	<0,0001	6,79	(1,39-12,19)	0,02*
Modérément	18,35	(6,99-22,17)	<0,0001	12,28	(2,81-20,62)	<0,0001*
Légèrement	9,98	(4,46-12,33)	<0,0001	4,81	(1,40-8,48)	0,01*
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Autres produits						
Aucun	2,19	(1,24-3,87)	0,001	2,54	(0,94-6,88)	0,07
Produits	1(réf.)			1(réf.)		
Privation du sommeil						
Enormément	19,03	(2,27-21,33)	0,01	1	-	-
Beaucoup	7,73	(2,33-10,71)	0,001	0,77	(0,09-6,53)	0,81
Modérément	6,59	(3,06-12,21)	<0,0001	1,08	(0,27-4,44)	0,91
Légèrement	7,67	(3,23-8,20)	<0,0001	1,01	(0,24-4,19)	0,99
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		

Tableau 5b. Facteurs associés à la dépendance à l'alcool à l'analyse multivariée

Les produits anesthésiques étaient consommés par une faible proportion tandis qu'aucune consommation de drogues illicites n'a été signalée [21]. Notre résultat est proche de celui de l'enquête nationale en France réalisée en 2001 en milieu anesthésique, où la substance la plus fréquemment incriminée était l'alcool [27]. La prédominance de la consommation de l'alcool par rapport au thé et au tabac retrouvée dans notre étude était également le cas dans la plupart des études. Tandis que dans celle de Satoguina et al à Dakar, le thé était le plus consommé. Le contexte sénégalais explique en partie cette différence. En effet, le Sénégal est un pays laïc, plus islamisé que le Burkina (96,8 % contre 63,8 %) [31,32], ce qui freine la consommation d'alcool. De plus, la reconnaissance de la consommation est plus difficile à obtenir dans un tel contexte [9], soulignant ainsi l'existence d'un biais de déclaration. On retrouve une similarité en ce qui concerne la consommation de produits anesthésiques et d'hypnotiques ; cependant comparativement à l'étude de Dakar, nous avons retrouvé des consommateurs de drogues même si faiblement représentés.

4.2. Dépendance aux substances consommées

Parmi nos enquêtés, 41 % avaient une dépendance vis-à-vis d'au moins une des substances étudiées. Des études antérieures ont retrouvé 10,9 % de médecins selon l'enquête nationale en France [14] ; 6,67 % de médecins selon un rapport de la *British Medical Association* en Grande-Bretagne [20] et 9,8 % d'infirmiers anesthésistes aux Etats-Unis [18]. S'agissant du tabac, 35,3 % avaient une dépendance forte et très forte ; 35,3 % une dépendance moyenne ; 17,7 % une dépendance faible. Dans l'étude de Dakar, 6,67 % d'agents présentaient une dépendance faible à la nicotine et 3,33 % une dépendance moyenne. Les deux groupes de consommateurs ayant une dépendance forte et très forte représentaient chacun 1,67 % des agents [21]. La dépendance et l'abus de l'alcool étaient représentés respectivement dans 16,5 % et 23,5 % ; l'abus et la dépendance étaient plus fréquents chez l'homme que la femme. Ces résultats sont différents de ceux retrouvés

à Dakar où 3,30 % avaient une dépendance à l'alcool et 8,33 % présentaient une consommation d'alcool à risque pour la santé ou une situation d'abus. Ces différences de résultats pourraient s'expliquer par le fait que nous avons inclus dans notre étude à part les médecins et DES, les infirmiers, les attachés de santé, les garçons et filles de salle contrairement aux autres études ; avec une forte dépendance retrouvée au niveau des attachés de santé suivi des garçons et filles de salle. Cependant, nos résultats concordent avec ceux retrouvés dans l'enquête nationale en France où la majorité des consommateurs entraient dans la catégorie de l'abus ou de la dépendance à l'alcool [14].

Variables	OR-brut	IC à 95 %	P-value	ORa	IC à 95 %	P-value
Consommation d'alcool						
Non	1(réf.)			1(réf.)		
Oui	2,19	(1,24-3,87)	0,007	0,52	(0,19-1,38)	0,19
Sentiment d'être surchargé						
Enormément	18,67	(4,29-20,15)	<0,0001	2,56	(0,14-45,74)	0,52
Beaucoup	14,54	(5,82-18,29)	<0,0001	3,84	(0,67-22,08)	0,13
Modérément	9,88	(4,07-23,97)	<0,0001	1,71	(0,41-7,27)	0,46
Légèrement	6,56	(2,55-16,90)	<0,0001	1,87	(0,40-8,68)	0,43
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Nombre d'années d'exercice						
Moins de 5 ans	0,13	(2,38-22,65)	0,001	0,09	(0,17-0,49)	0,001***
6-10 ans	1,28	(1,94-10,35)	0,47	1,76	(0,71-4,38)	0,23
Plus de 10 ans	1(réf.)			1(réf.)		
Privation de sommeil						
Enormément	21	(3,95-26,44)	<0,0001*	16,23	(0,79-33,70)	0,07
Beaucoup	14,4	(4,39-18,35)	<0,0001*	2,74	(0,39-19,03)	0,31
Modérément	12,38	(5,43-17,55)	<0,0001*	5,99	(1,66-21,62)	0,006*
Légèrement	6	(2,56-12,26)	<0,0001*	4,22	(1,21-14,73)	0,02*
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		
Sentiment d'être stressé						
Enormément	15,42	(2,68-22,68)	0,002*	0,71	(0,03-14,89)	0,83
Beaucoup	5,29	(1,98-12,17)	0,001*	0,76	(0,16-3,51)	0,73
Modérément	13,28	(5,42-15,57)	<0,0001*	4,21	(1,08-16,44)	0,04***
Légèrement	7,51	(3,29-10,08)	<0,0001*	3,84	(1,10-13,33)	0,03***
Pas du tout	1(réf.)			1(réf.)		

Tableau 5-c. Facteurs associés à la dépendance aux autres produits à l'analyse multivariée

Plus de la moitié de nos enquêtés (62,4 %) avaient une faible à forte dépendance aux autres produits ; tandis que 37,7 % n'étaient pas dépendants. Au Maroc en 2011, l'abus et la dépendance à ces substances représentaient 4,5 % de l'ensemble des répondants [10]. Au Sénégal, 41 personnes (68,30 %) avaient une consommation occasionnelle et modérée de café et du thé ; 19 (31,70 %) une consommation excessive. Nos résultats supérieurs à ceux des précédentes études s'expliquent par le fait que nous avons inclus un large éventail de modalités dans la variable "autres produits" contrairement à ces études.

4.3. Motifs à l'origine de la consommation des substances

Le stress au travail était le motif le plus évoqué par le personnel, suivi de la surcharge au travail, de la recherche de performance, des exigences professionnelles, du manque de repos de sécurité. Les motifs les moins représentés étaient les accidents évités de justesse et les décès en salle. Ces motifs font écho aux motifs retrouvés dans des études menées dans d'autres contextes. Au Sénégal, Satoguina et al. avaient retrouvé les mêmes motifs, le stress au travail (85 %), la charge du travail (38,3 %), la recherche de performance (25 %) [21]. Dans l'enquête nationale en France en 2001, les facteurs les plus retrouvés étaient un sentiment de surcharge de travail (64,2 contre 54,0 %) et le manque de sommeil (60,6 contre 46,0 %) [14]. Selon l'*American Association of Nurse Anesthetists* (AANA) les événements critiques, tels que les décès en salle d'opération ou les accidents évités de justesse, conduisent souvent les praticiens de l'anesthésie à abuser de substances lorsqu'ils tentent de faire face à de tels événements [18]. Ces facteurs ont été également retrouvés dans notre étude mais en faible proportion. D'autres facteurs ont été évoqués, il s'agit de l'abus de substances chez environ 15 % de praticiens anesthésistes à un moment ou à un autre de leur carrière [34] ; soit à des fins d'auto-

traitement soit pour améliorer leurs performances professionnelles d'après DeFord et al., dans leur revue de la littérature [13,35]. Les résultats retrouvés dans notre contexte s'expliquent par l'organisation et les conditions du travail qui sont précaires en milieu d'anesthésie-réanimation mais aussi l'insuffisance du personnel.

4.4. Facteurs associés à la dépendance aux substances

Les facteurs associés étaient le sentiment d'être surchargé au travail, le stress au travail, le nombre d'années d'exercice, le sentiment d'être en privation de sommeil. Ces facteurs sont similaires à ceux retrouvés dans des études antérieures. Ainsi à Dakar les facteurs associés étaient le stress au travail, la surcharge du travail, la recherche de performance et la consommation d'autres substances [21]. En France, en 2001 [14], les facteurs retrouvés étaient le stress au travail, la surcharge au travail, le manque de sommeil, la consommation d'autres produits, l'âge, le statut matrimonial, le sexe et le statut marital. Le rôle du stress et son impact sur le comportement des médecins anesthésistes-réanimateurs a fait l'objet de plusieurs études [14,15, 41]. Ces études ont souligné le rôle néfaste du stress, favorisant la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives utilisées pour améliorer les performances des consommateurs [41]. La prédominance de ces facteurs peut s'expliquer dans notre contexte par des salaires bas et le manque de législation au niveau national. Ce qui emmène certains personnels pendant leurs heures normales de repos à l'hôpital à faire des vacations dans des cliniques privées pour accroître leurs revenus occasionnant ainsi plus de stress, de burnout, de surcharge de travail et de privation de sommeil.

4.5. Limites

L'absence de recherche biologique de substances dans les prélèvements d'urine, de sang ou de cheveux pour des analyses toxicologiques auprès des participants constitue une limite dans le cadre où ceci devrait permettre de confronter les résultats aux réponses des participants en vue d'avoir des données plus fiables. L'étude comporte également des biais de compréhension et de déclaration qui pourraient entraîner une surestimation ou une sous-estimation des réponses.

4.6. Recommandations

Le Ministère de la santé doit renforcer la politique nationale de lutte contre les addictions en milieu hospitalier ; former et recruter plus de personnel d'anesthésie et de réanimation afin de réduire la charge de travail et les exigences professionnelles ; ajouter au programme de formation des médecins en spécialisation, des attachés de santé et des infirmiers d'anesthésie et de réanimation une unité d'enseignement sur les conséquences de l'addiction à une substance et sur sa prévention en instaurant une formation initiale et continue en addictologie. La réinsertion professionnelle du personnel souffrant d'une addiction à une substance doit être garantie. Les Directeurs des CHU doivent améliorer les plateaux techniques dans les services d'anesthésie et de réanimation ; mettre en place un système informatisé de suivi des produits anesthésiques ; organiser des sensibilisations au profit du personnel sur la gestion du stress et solliciter des équipes médico psychologiques pour la gestion des cas lors des incidents au bloc et pour un suivi périodique du personnel. La section de médecine de travail doit être formée et outillée afin de repérer les conduites à risque, les dépister, les évaluer et les contrôler régulièrement. Le personnel doit maintenir un équilibre entre la vie sociale et la vie professionnelle ; éviter la prise des médicaments en automédication ; consulter un professionnel de santé mentale en cas de stress ou d'anxiété ou de dépression et enfin, éviter de prendre le temps de repos après les gardes pour aller travailler dans les structures privées

5. CONCLUSION

Le problème de conduites addictives en milieu d'anesthésie-réanimation dans les quatre (04) CHU de Ouagadougou est une réalité. Les prévalences de la consommation et de la dépendance aux substances telles que l'alcool, le tabac et autres produits (café, thé, cannabis, hypnotique, produits anesthésiques...) sont plus élevées que les chiffres retrouvés dans plusieurs études antérieures. Les principaux facteurs de risque mis en évidence sont le sentiment d'être surchargé au travail, le stress au travail, le nombre d'années d'exercice et le sentiment d'être en privation de sommeil. Il s'agit donc d'un problème de santé publique d'où la nécessité que les politiques renforcent la législation en vue de lutter contre l'usage des substances en milieu de travail et améliorer les conditions de travail. La mise en place de structures de dépistage, d'accompagnement, de suivi est indispensable et la réinsertion professionnelle doit être garantie. La prévention par le soutien et

l'accompagnement psychologique du personnel au regard du stress auquel il est exposé est primordiale. La mise en place de ces dispositions est importante afin d'éviter la survenue ou la progression du fléau et par conséquent améliorer l'offre de soins.

Contribution des auteurs : Conceptualisation, AA ; écriture de l'article, AA, CA et LA ; relecture et correction de l'article, KK et LA ; supervision, KK ; Tous les auteurs ont contribué de manière significative à l'article. Tous les auteurs ont lu et accepté de publier cet article.

Sources de financements : Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement.

Remerciements : Nous tenons à remercier le personnel d'anesthésie et de réanimation des CHU du Burkina Faso.

Liens et/ou conflits d'intérêts : Tous les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

6. REFERENCES

1. Samuelson ST, Bryson EO. The impaired anesthesiologist: what you should know about substance abuse. *Can J Anaesth J Can Anesth*. 2017;64(2):219-35.
2. Garcia-Guasch R, Roigé J, Padrós J. Substance abuse in anaesthetists. *Curr Opin Anaesthesiol*.2012;25(2):204-9.
3. Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en addictologie, Pays de Loire. Addictologie. Disponible sur <https://srae-addicto-pdl.fr/a-propos/srae-addictologie>
4. Centre de gestion d'Indre et de Loire. Consommation de substances psychoactives et addiction. [En ligne].2020 [cité le 20 janvier 2024]. Dispnable sur <http://www.cdg37.fr/santé/consommation-de-substances-psychoactives-et-addictions>
5. Meeusen VCH, Brown-Mahoney C, van Dam K, van Zundert A a. J, Knape JTA. Personality dimensions and their relationship with job satisfaction amongst Dutch nurse anaesthetists. *J Nurs Manag*. 2010;18(5):573-81.
6. Chandon M. Addiction en milieu anesthésique : pour aller plus loin..*Annales francaises d'anesthesie et de reanimation* .2005;24(5):463-5
7. Zuleta-Alarcón A, Coffman JC, Soghomonyan S, Papadimos TJ, Bergese SD, Moran KR. Non-opioid anesthetic drug abuse among anesthesia care providers: a narrative review. *Can J Anesth*.2017;64:169–84
8. Kayal-Becq M-C. Difficultés et souffrance du médecin anesthésiste-réanimateur. *Soins*. 2018;63:45 8.
9. Kintz P, Villain M, Cirimele V, Ludes B. Conduites addictives en milieu hospitalier : particularités d'un service d'anesthésie. *Ann Toxicol Anal*. 2002;14:83 9.
10. Serghini I, El Jalil HA, Hanafi SM, Mahmoudi A. Les conduites addictives en anesthésie réanimation: à propos d un cas. *Pan Afr Med J*. 2011;8:30.
11. Wright EL, McGuinness T, Schumacher JE, Zwerling A, Moneyham LD. Protective factors against relapse for practicing nurse anesthetists in recovery from anesthetic opiate dependency. *J Addict Nurs*. 2014;25:66 73.
12. Mérat F, Mérat S. Risques professionnels liés à la pratique de l'anesthésie. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2008;27:63 73.
13. DeFord S, Bonom J, Durbin T. A review of literature on substance abuse among anaesthesia providers. *J Res Nurs*. 2019 ;24:587 600.
14. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat J-L, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2005;24:471 9.
15. Warltier DC,Howard SK,Katz JD,Berry AJ. Fatigue in anesthesia: implications and strategies for patient and provider safety .*Anesthesiology*.2002;97(5):1281-94.
16. Jackson SH.The role of stress in anaesthetists' health and well-being - *Acta Anaesthesiol Scand*.1999;43(6):583-602.
17. Grocott HP, Bryson GL. The physician at risk: disruptive behaviour, burnout, addiction, and suicide. *Can J Anesth*. 2017;64:119 21.
18. Bell DM, McDonough JP, Ellison JS, Fitzhugh EC. Controlled drug misuse by Certified Registered Nurse Anesthetists. *AANA J*.1999;67(2):133-40.
19. Czernichow S, Bonnet F. Le risque de toxicomanie chez les médecins anesthésistes. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2000;19:668 74.
20. Fowlie DG. The misuse of alcohol and other drugs by doctors: a uk report and one region's response. *Alcohol and Alcoholism*. 1999;34:666 71.
21. Satoguina Kpenou IM, Soumah MM, Ndiaye M, Dia S, Gaye Fall MC, Lamine Sow M. Conduites addictives des personnels de santé: dans les services d'anesthésie des hôpitaux de Dakar, Sénégal. *Conduites Addict Pers Santé Dans Serv Anesth Hôp Dakar Sénégal*. 2011;33(3):251-8.
22. Ouédraogo A, Ouédraogo TL, Ouédraogo V, Samadoulougou A, Somé L. Le tabagisme parmi les personnels de santé d'un hôpital au Burkina Faso. *Alcoologie Addictologie*. 2005;27(2):93-8.
23. Saunders, J, Aasland, O, Babor, T, de la Fuente, J et Grant, M. Addiction. Development of the Alcohol Use Disorders

- Identification Test (AUDIT) : WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II, Vol.88, N°6, 1993, p.791-804
24. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions* 1991; 86:1119-27.
 25. Institut Normand de Coaching et de Thérapies brèves. Manuel d'hypnose et de thérapie brève. Dépendance à l'alcool.2019. disponible sur: <https://inctb.net/institut-normand-de-coaching-et-de-therapies-breves/>
 26. Luck S, Hedrick J. The alarming trend of substance abuse in anesthesia providers. *J PeriAnesthesia Nurs Off J Am Soc PeriAnesthesia Nurses*. 2004;19(5):308-11.
 27. Gravenstein JS, Kory WP, Marks RG. Drug Abuse by Anesthesia Personnel. *Anesthesia & Analgesia*. 1983;62:467.
 28. Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology. *Anesthesiology*. 2008;109:905 17.
 29. Farley WJ. Addiction and the anaesthesia resident. *Can J Anaesth*. 1992;39:R11 7.
 30. Kintz P, Villain M, Tracqui A, Cirimele V, Ludes B. Spécificités des conduites addictives en service d'anesthésie. *Journal de médecine légale droit médical*. 2002 ;45:418 22.
 31. Comité National du Recensement. Institut National de la Statistique et de la Démographie. Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso : Synthèse des résultats définitifs.Ouagadougou. 2022. p.47.
 32. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Dakar, Sénégal. Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS Continue) 2023. Dakar. 2024. p.29.
 33. Weeks AM, Buckland MR, Morgan EB, Myles PS. Chemical dependence in anaesthetic registrars in Australia and New Zealand. *Anaesth Intensive Care*. 1993;21(2):151-5.
 34. Valdes JA. The concept of reentry in the addicted anesthesia provider. *AANA J*. 2014;82(2):95-100.
 35. Baldisseri MR. Impaired healthcare professional. *Crit Care Med*. 2007;35:S106-116.
 36. Wright EL, McGuinness T, Schumacher JE, Zwerling A, Moneyham LD. Protective factors against relapse for practicing nurse anesthetists in recovery from anesthetic opiate dependency. *J Addict Nurs*. 2014;25:66 73.
 37. Bryson EO, Silverstein JH, Warner DS, Warner MA. Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology. *Anesthesiology*. 2008 ; 109 :905 17.
 38. Mion G, Libert N, Journois D. Facteurs associés au burnout en anesthésie –réanimation. *Enquête 2009 d la société française d'anesthésie et de réanimation . annale ; 109 :905 17.*
 39. Lutsky HM,Hopwood M, Abram SE, Jacobson GR,Haddox JD, Kampine JP. Psychoactive substance use among american anesthesiologists: a 30 year retrospective study. *Can J Anaesth* 1993;40 :955 21.
 40. McAuliffe WE. Non-therapeutic opiate addiction in health professionals:a new form of impairment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984 ; 10 :1 22.
 41. Kam PCA. Occupational stress in anaesthesia. *Anaesth Intensive Care* 1997;25:686–90