

Représentations et gestion des traitements par opioïdes forts ; vision croisée des patients et des infirmiers : les infirmiers

Anthony Dupont

▶ **To cite this version:**

Anthony Dupont. Représentations et gestion des traitements par opioïdes forts ; vision croisée des patients et des infirmiers : les infirmiers. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01984964

HAL Id: dumas-01984964

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01984964

Submitted on 17 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Nice Sophia Antipolis
Faculté de médecine de Nice

Thèse

En vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine
Diplôme d'Études Spécialisées en Médecine Générale

REPRÉSENTATIONS ET GESTION DES TRAITEMENTS PAR OPIOIDES FORTS : VISION CROISÉE DES PATIENTS ET DES INFIRMIERS. LES INFIRMIERS

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2018 à Nice

par Anthony DUPONT
née le 17/12/1987

Composition du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Antoine THYSS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Paul FOURNIER
Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Monsieur le Docteur Nicolas HOGU

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Élise GILBERT

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen
Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr. DELLAMONICA jean**
Étudiants	**Mr. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Daniele
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires	Mr. AYRAUD Noël
	Mr. RAMPAL Patrick
	Mr. BENCHIMOL Daniel

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

Mr. AMIEL Jean Urologie (52-04)
Mr. BAQUÉ Patrick Anatomie Chirurgie Générale (42-01)
Mr. BERNARDIN Gilles Réanimation Médicale (48-02)
Mr. BOILEAU Pascal Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50-02)
Mr. DARCOURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43-01)
Mr. ESNAULT Vincent Néphrologie (52-03)
Mr. FENICHEL Patrick Biologie du Développement et de la Reproduction (54-05)
Mr. FUZIBET Jean-Gabriel Médecine Interne (53-01)
Mr. GILSON Éric Biologie Cellulaire (44-03)
Mr. GUGENHEIM Jean Chirurgie Digestive (52-02)
Mr. HASSEN KHODJA Reda Chirurgie Vasculaire (51-04)
Mr. HÉBUTERNE Xavier Nutrition (44-04)
Mr. HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42-03)
Mme ICHAI Carole Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48-01)
Mr. LACOUR Jean-Philippe Dermato-Vénéréologie (50-03)
Mr. LEFTHERIOTIS Georges Chirurgie vasculaire-médecine vasculaire (51-04)
Mr. MARQUETTE Charles-Hugo Pneumologie (51-01)
Mr. MARTY Pierre Parasitologie et Mycologie (45-02)
Mr. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42-03)
Mr. MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51-03)
Mme PAQUIS Véronique Génétique (47-04)
Mr. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49-02)
Mr. QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46-03)
Mr. RAUCOULES-AIMÉ Marc Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48-01)
Mr. ROBERT Philippe Psychiatrie d'Adultes (49-03)
Mr. SANTINI Joseph O.R.L (55-01)
Mr. THYSS Antoine Cancérologie Radiothérapie (47-02)
Mr. TRAN Albert Hépato Gastro-entérologie (52-01)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence Pédopsychiatrie (49-04)
Mr. BARRANGER Emmanuel Gynécologie Obstétrique (54-03)
Mr. BÉRARD Étienne Pédiatrie (54-01)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence Cancérologie-Génétique (47-02)
Mr. BONGAIN André Gynécologie-Obstétrique (54-03)
Mme BREUIL Véronique Rhumatologie (50-01)
Mr. CASTILLO Laurent ORL (55-01)
Mr. CHEVALLIER Patrick Radiologie et Imagerie Médicale (43-02)
Mr. DE PERETTI Fernand Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42-01)
Mr. DRICI Milou Daniel Pharmacologie Clinique (48-03)
Mr. FERRARI Émile Cardiologie (51-02)
Mr. FERRERO Jean-Marc Cancérologie, Radiothérapie (47-02)
Mr. FONTAINE Denys Neurochirurgie (49-02)
Mr. GIBELIN Pierre Cardiologie (51-02)
Mr. HANNOUN LEVI Jean-Michel Cancérologie, Radiothérapie (47-02)
Mr. LEVRAUT Jacques Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48-01)
Mr. LONJON Michel Neurochirurgie (49-02)
Mr. MOUNIER Nicolas Cancérologie, Radiothérapie (47-02)
Mr. PADOVANI Bernard Radiologie et Imagerie Médicale (43-02)
Mr. PICHE Thierry Gastro-entérologie (52-01)
Mr. PRADIER Christian Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46-01)
Mme RAYNAUD Dominique Hématologie (47-01)
Mr. ROSENTHAL Éric Médecine Interne (53-01)
Mr. SCHNEIDER Stéphane Nutrition (44-04)
Mr. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46-04)
Mr. THOMAS Pierre Neurologie (49-01)
Mr. TROJANI Christophe Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50-02)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46-03)
Mr. ANTY Rodolphe Gastro-entérologie (52-01)
Mr. BAHADORAN Philippe Cytologie et Histologie (42-02)
Mme BAILLIF Stéphanie Ophtalmologie (55-02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47-04)
Mr. BENIZRI Emmanuel Chirurgie Générale (53-02)
Mr. BENOIT Michel Psychiatrie (49-03)
Mr. BOZEC Alexandre ORL-Cancérologie (47-02)
Mr. BREAUD Jean Chirurgie Infantile (54-02)
Mr.CHEVALIER Nicolas Endocrinologie Diabète et Maladies Métaboliques (54-04)
Mme CHINETTI Giulia Biochimie-Biologie Moléculaire (44-01)
Mr. CLUZEAU Thomas Hématologie (47-01)
Mr. DELLAMONICA Jean réanimation médicale (48-02)
Mr. DELOTTE Jérôme Gynécologie-obstétrique (54-03)
Mr. FOURNIER Jean-Paul Thérapeutique (48-04)
Mlle GIORDANENGO Valérie Bactériologie-Virologie (45-01)
Mme. GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54-01)
Mr. GUÉRIN Olivier Gériatrie (48-04)
Mr. IANNELLI Antonio Chirurgie Digestive (52-02)
Mr. ILIE Marius Anatomie et Cytologie pathologiques (42-03)
Mr. JEAN-BAPTISTE Elixène Chirurgie vasculaire (51-04)
Mr. PASSERON Thierry Dermato-Vénéréologie (50-03)
Mr. ROGER Pierre-Marie Maladies Infectieuses, MaladiesTropicales (45-03)
Mr. ROHRLICH Pierre Pédiatrie (54-01)
Mr. ROUX Christian rhumatologie (50-01)
Mr. RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45-01)
Mme SACCONI Sabrina Neurologie (49-01)
Mr. SADOUL Jean-Louis Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54-04)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42-02)
Mr. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43-01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47-03)
Mr. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42-01)
Mme BUREL VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42-03)
Mr. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45-01)
Mr. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47-02)
Mr. FAVRE Guillaume Néphrologie (52-03)
Mr. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45-01)
Mr. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48-03)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44-01)
Mr. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43-01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45-01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42-02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44-02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51-02)
Mr. MONTAUDIE Henri Dermatologie (50-03)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42-03)
Mr. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44-01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45-02)
Mr. SAVOLDELLI Charles Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55-03)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47-03)
Mr. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46-01)
Mr. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47-01)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

Mr. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53-03)

MAITRE DE CONFÉRENCESDES UNIVERSITÉS

Mr. DARMON David Médecine Générale (53-03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais	

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mr. DURAND Matthieu	Urologie	(52-04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mr. GARDON Gilles	Médecine Générale	(53-03)
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale	(53-03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline	Médecine Générale	(53-03)
Mr. GASPERINI Fabrice	Médecine Générale	(53-03)
Mr. HOGU Nicolas	Médecine Générale	(53-03)

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
Constitution du jury en qualité de 4ème membre

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr. ALBERTINI Marc
Mr. BALAS Daniel
Mr. BATT Michel
Mr. BLAIVE Bruno
Mr. BOQUET Patrice
Mr. BOURGEON André
Mr. BOUTTÉ Patrick
Mr. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
Mr. CAMOUS Jean-Pierre
Mr. CANIVET Bertrand
Mr. CASSUTO Jill-Patrice
Mr. CHATEL Marcel
Mr. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
Mr. DARCOURT Guy
Mr. DELLAMONICA Pierre
Mr. DELMONT Jean
Mr. DEMARD François
Mr. DESNUELLE Claude
Mr. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
Mr. FRANCO Alain
Mr. FREYCHET Pierre
Mr. GASTAUD Pierre
Mr. GÉRARD Jean-Pierre
Mr. GILLET Jean-Yves
Mr. GRELLIER Patrick
Mr. GRIMAUD Dominique
Mr. HARTER Michel
Mr. JOURDAN Jacques
Mr. LAMBERT Jean-Claude
Mr. LAZDUNSKI Michel
Mr. LEFEBVRE Jean-Claude
Mr. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Élisabeth
Mr. LOUBIERE Robert
Mr. MARIANI Roger
Mr. MASSEYEFF René
Mr. MATTEI Mathieu
Mr. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
Mr. ORTONNE Jean-Paul
Mr. PRINGUEY Dominique
Mr. SAUTRON Jean-Baptiste
Mr. SCHNEIDER Maurice
Mr. TOUBOL Jacques
Mr. TRAN Dinh Khiem
Mr. VAN OBBERGHEN Emmanuel
Mr. ZIEGLER Gérard

M.C.U. HONORAIRES

Mr. ARNOLD Jacques
Mr. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
Mr. EMILIOZZI Roméo
Mr. FRANKEN Philippe
Mr. GASTAUD Marcel
Mr. GIUDICELLI Jean
Mr. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
Mr. MENGUAL Raymond
Mr. PHILIP Patrick
Mr. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le **Professeur Antoine THYSS**,
vous me faites le grand honneur de présider le jury de cette thèse.
Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet et vous exprime toute ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le **Professeur Jean-Paul FOURNIER**,
c'est un grand honneur de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse.
Je tenais également à vous exprimer mon profond respect quant au médecin que vous représentez à mes yeux. Mon passage en tant qu'Externe dans votre service de MGU, et vos séances au centre de simulation médical m'ont laissé une trace impérissable.

Monsieur le **Professeur Gilles GARDON**,
c'est un grand honneur de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse.
Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet et vous exprime toute ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le **Docteur Nicolas HOGU**,
c'est un immense plaisir de te compter parmi les membres de mon jury de Thèse.
Je te remercie chaleureusement pour ces 6 mois de stages partagés avec toi, tes nombreux enseignements, conseils, mais surtout pour cette amitié qui s'est créée par la suite. Je tenais à t'exprimer mon admiration pour tes qualités de médecin, de ton professionnalisme, ta bienveillance et ton sens de la communication. J'ai beaucoup appris à tes côtés.

A ma directrice de thèse,

Madame le **Docteur Élise GILBERT**,
c'est un immense merci que je t'adresse. Tu nous as fais l'honneur avec Céline d'être notre directrice de Thèse! Je n'ai pas été un cadeau! Je te remercie pour ta patience, ta pédagogie, tes enseignements. J'ai une très grande admiration pour le médecin que tu représentes. Je te remercie surtout pour ton grand cœur, ta joie de vivre et nos rigolades au DISSPO. Ce fut un semestre inoubliable et trois années de préparation de thèse mémorables...

A Céline BARRES, un très grand merci! Notre éloignement géographique ne nous a pas permis de beaucoup se voir. Nous ne nous connaissions pas avant cette thèse. Nous sommes tous les deux tombés sous le charme d'Elise ! Je tenais à te remercier chaleureusement et sincèrement de tous tes efforts, pour qu'on puisse passer la soutenance avant Novembre. Je suis admiratif de ton courage malgré les moments difficiles que tu as traversés. Mais surtout j'ai beaucoup apprécié nos échanges, ta bonne humeur, et nos rigolades ! C'est vraiment une chouette rencontre. Tu es une belle personne Céline.

A mon épouse, ma chéwie. Comment te remercier, on s'est uni pour le meilleur et pour le pire, je pense que tu n'oublieras jamais ces 6 ans mais surtout ces trois dernières années où je t'ai bassiné avec ma thèse. Je te remercie pour ta patience. Je te remercie pour ton soutien si précieux dans tous les moments de doutes. Merci pour m'avoir supporté et avoir accepté que je te gâche cet été 2018. Merci encore pour toute l'aide inestimable que tu m'as apportée dans l'élaboration mais aussi la rédaction de cette thèse. Merci pour tout l'amour que tu m'apportes chaque jour. Sans toi je ne serais pas là. Une autre vie nous attend et peut être un heureux évènement très bientôt je l'espère ! Alors on prolonge ce rêve ?...

A maman, Je n'ai pas de mots pour exprimer ma tristesse de ne pas pouvoir te voir en ce jour si symbolique pour moi et de te serrer dans mes bras. Tu es partie trop vite. Mais je sais que tu es toujours près de moi. Si je suis là, c'est exclusivement grâce à toi. Tu as toujours été présente pour moi, avec tant d'amour à me transmettre. Je ne pourrai jamais te dire à quel point je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi. Je t'aime du plus profond de mon coeur...

A ma soeur Valérie, ma jumelle ! Lol. Je suis triste que tu ne puisses pas être là, mais t'as une bonne excuse ! Merci pour toute l'aide que tu m'as apportée ces derniers mois malgré les 9000 km qui nous séparent. Merci pour ta joie de vivre et tous nos fous rires. T'es une sœur en Or. Je t'aime

A toute ma famille, Papa, Nathalie, Ange, Jade, Noé, Tonton, Tata, Quentin, Eva, Hugo... Je vous aime profondément.

A mes grands-parents, à qui je pense régulièrement. Vous me manquez. C'est aussi grâce à vous si j'en suis là. Merci pour tout l'amour que vous m'avez apporté. Je vous aime.

A ma belle famille: à Jean jacques, correcteur officiel du grand littéraire que je suis ! Un grand merci ! A Brigitte, merci d'avoir toujours été là avec JJ pour nous épauler dans les moments difficiles et pour votre amour sans failles. Merci à Ced, Jacko, Valé, Sandra, Stef, Tom, Lily, Emma. Vous êtes la meilleure belle famille qu'on puisse avoir. Je vous aime.

A tous mes amis de médecine et hors médecine, Bijoul, Guillaume, Jerem, loulou, Bruno, Ophélie, Sésé, Elodie, Agnès, Fredo, JB, Amandine, Steve, Mariane, Célia, Olivier, Olivia,

Pierre, Greg, Pierro, Niels... Vous êtes des amis en Or. Vous l'avez prouvé cet été ! J'ai énormément de chance de vous avoir. Merci à tous

A toute l'équipe du DISSPO, les médecins Catherine Ciais et Anne Fogliarini, Christelle la psychologue, les infirmières Sophie, Suzanne, Stéphanie... le secrétariat Sophie, Isabelle, Kiki... les kinés, les diététiciennes. C'était un semestre riche en émotion avec une chouette ambiance! Un grand merci.

A toutes les équipes médicales que j'ai eu la chance de côtoyer : la médecine interne de Cannes (en particulier Annick, un médecin au grand coeur, Emilie), les urgences de Cannes, Dr Bessi, le service de Pédiatrie d'Antibes (une merveilleuse équipe), la clinique des Sources (Anne-Marie et Williams en particulier).

Je tiens à remercier tous les infirmiers qui ont pris le temps de répondre aux entretiens, et tous ceux que j'ai eu la chance de rencontré

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 11
INTRODUCTION 14
MATERIEL ET METHODE 17
I / OBJECTIFS DE L'ETUDE 17
1. Objectif principal 17
2. Objectifs secondaires 17
II / LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 17
III / METHODE 18
1. Type d'étude : la recherche qualitative 18
2. Thèse en miroir 18
3. Entretiens individuels semi-dirigés 19
4. Saturation 19
IV / POPULATION 19
1. Inclusion 19
2. Recrutement 20
3. Caractéristiques de l'échantillon 20
V / REALISATION DES ENTRETIENS 21
1. Le Guide d'entretien 21
2. Déroulement des entretiens 21
VI. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES 21
RESULTATS ET ANALYSE 23
PARTIE 1 : RESULTATS DESCRIPTIFS 23
1. L'échantillon 23
2. Les caractéristiques de l'échantillon 23
2.1. Âge des Infirmiers 24
2.2. Genre 24
2.3. Activité Professionnelle 24
2.4. Expérience en tant qu'infirmiers 25
2.5. Lieu d'activité pour les infirmiers libéraux 25
PARTIE 2 : RESULTATS QUALITATIFS 26
I / LES REPRESENTATIONS DES INFIRMIERS SUR LES OPIOÏDES FORTS 26
1. Le ressenti concernant les opioïdes forts 26
2. Les connaissances 32

3. Les freins à l'administration et la prise des morphiniques 41
4. L'équilibre recherché 47
II/ LE VECU ET LA GESTION DES OPIOÏDES FORTS 50
1. Le vécu 50
2. La gestion des opioïdes 52
III/ INTERACTION DES INFIRMIERS AVEC LES PATIENTS, L'ENTOURAGE, ET LES MEDECINS 66
1. Les relations avec l'entourage et les patients 66
2. Les patients 69
3. L'entourage 72
4. Les médecins 73
IV/ PERSPECTIVES D'AVENIR 79
1. La Formation 79
2. Les Perspectives d'amélioration 82
DISCUSSION 84
I/ LES INTERÊTS DE L'ETUDE 84
II/ LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE 85
III/ COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE : LE POINT DE VUE DES INFIRMIERS ET DES MEDECINS 87
1. La représentation des opioïdes forts chez les médecins et les infirmiers 87
2. La gestion des opioïdes forts par le personnel soignant en pratique 93
3. La relation médecin - infirmier 97
IV/ TRIANGULATION ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE DES REPRESENTATIONS DES PATIENTS 100
1. Les représentations fortes des patients 100
2. Les Effets Indésirables 101
3. Relations médecins infirmiers et patients 102
4. L'éducation thérapeutique 104
5. L'évolution des mentalités 105
6. Un frein inattendu venu des pharmaciens 106
7. Les voies d'administration 106
8. Les patients réfractaires 107
V / PERSPECTIVES 108
1. La revalorisation de l'image des opioïdes forts 109
2. La revalorisation du rôle des infirmiers 110
3. Renforcer la relation médecin-infirmier 110
3. Cadrer davantage la prise en charge des patients 111

4. Pallier le manque de temps et la revalorisation des actes..... 112
5. Améliorer la formation des professionnels de santé 113
6. Créer un carnet de douleur 115
7. L'utilisation du numérique..... 116
8. Outils et projets en cours de réflexion..... 117
CONCLUSION 119
BIBLIOGRAPHIE 122
Annexe 1 129
Le serment d'Hippocrate..... 131
Le Résumé.....132

INTRODUCTION

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Louis Pasteur

La douleur est un défi majeur pour la médecine du 21ème siècle. En effet, la douleur est un phénomène de société, tant par le nombre de personnes concernées que par les enjeux qu'elle soulève. Dans son livre blanc de la douleur 2017, la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) ([1]), rapporte qu'encore de nos jours:

. Au moins 12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques ; pourtant 70% d'entre eux ne reçoivent pas un traitement approprié pour leur douleur.
. Les douleurs aigües, demeurent encore trop souvent peu ou mal prises en charge et peuvent faire le lit de la douleur chronique.
. Moins de 3 % des patients douloureux bénéficient d'une prise en charge dans un des centres spécialisés, lesquels manquent cruellement de moyens
. Plus de 60 % des patients admis aux urgences ont une douleur modérée à sévère et moins d'1 sur 2 reçoit un traitement antalgique à l'admission.
. La douleur constitue le premier motif de consultation, dans les services d'urgences et chez le médecin généraliste.
. Les douleurs du cancer restent encore insuffisamment traitées
. Il existe toujours des réticences à utiliser les médicaments morphiniques

La douleur correspond à un phénomène naturel, qui constitue bien souvent le premier signal d'alarme donné par le corps, d'un problème de santé plus grave. Le corps médical doit faire face principalement à deux types de douleurs pour soigner les patients :
D'une part, la douleur aigüe qui est souvent unifactorielle. D'autre part, la douleur chronique. Elle est définie par une durée se prolongeant au-delà de 3 mois. Elle est souvent multifactorielle, avec des facteurs d'entretien psychologiques, sociaux et culturels, et des conséquences sur la qualité de vie.

Le traitement de la douleur, qu'elle soit aigüe ou chronique, repose à la fois sur des traitements médicamenteux et des traitements non médicamenteux. Même si les traitements

non médicamenteux sont de plus en plus en vogue, les traitements médicamenteux constituent et demeurent la première source de soulagement des douleurs, en particulier, des plus intenses. Il s'agit ici de s'attarder plus précisément sur le traitement de la douleur par les opioïdes forts, qui de par leurs puissants effets, peuvent être utilisés par le personnel médical, tant pour soulager les douleurs les plus aigües, que les fortes douleurs chroniques.
Les opioïdes forts sont des analgésiques de palier 3 selon la classification de l'OMS, indiqués dans les douleurs intenses (EVA > 6) et/ou résistantes aux antalgiques de palier 1 ou 2.
Les opioïdes sont utilisés depuis des centaines d'années dans diverses civilisations, à des fins essentiellement thérapeutiques, pour leurs propriétés analgésiques, mais aussi selon un usage détourné. On peut notamment citer l'opiomanie de masse qui a sévi en Chine au début du XXème siècle ou plus récemment du mésusage qu'il en a été fait aux Etats-Unis responsable de nombreux accidents et décès ([2]).

Symbolisant toute l'ambiguïté des opioïdes, la morphine relève donc de deux aspects au niveau international, celui de médicament et celui de stupéfiant :

. Une utilisation historiquement croissante des opioïdes en lien avec une préoccupation accrue du traitement de la douleur. Selon l'ANSM, la consommation d'opioïdes forts est en nette hausse ces dix dernières années ([3]) ; la consommation d'opioïdes forts étant même devenu un indicateur de prise en charge de la douleur au niveau international.
. Une réglementation toujours plus renforcée des opioïdes en lien avec la lutte contre les stupéfiants. A ce titre, un rapport du Sénat faisait le constat que " *Les règles françaises de prescription et de délivrance des antalgiques majeurs, sont considérées comme particulièrement sévères, et donc peu favorables à une prise en charge efficace de la douleur*." ([4])

Paradoxalement, même si le savoir sur les opioïdes ne cesse de s'accroître permettant une maîtrise scientifique certaine du sujet, les préjugés et inquiétudes autour des opioïdes résistent encore à l'œuvre du temps. J'ai pu moi-même en faire l'expérience personnelle, en particulier avec une patiente suivie pendant plus de un an, pour un cancer métastatique extrêmement douloureux. Cette dernière était totalement réfractaire à la morphine. A force de réassurance, de mise en confiance et d'éducation, celle-ci a finalement accepté la prise d'opioïdes, ce qui m'a permis de l'accompagner dans une fin de vie moins douloureuse. La compréhension des

représentations des morphiniques m'est ainsi apparue être une question essentielle qui devait justifier une étude approfondie.

Comprendre les représentations qu'une population peut avoir envers un traitement est primordial. En effet ces opinions peuvent avoir de multiples répercussions concrètes sur son administration. Le fait qu'un patient soit réfractaire à un traitement peut être un frein à son utilisation. Le cas échéant, il est nécessaire de comprendre ces obstacles afin de pouvoir les surmonter.

Quant au médecin, il se considère souvent comme l'acteur unique et central de la prise en charge du patient. La littérature est ainsi dense lorsqu'il s'agit de traiter du médecin. Or, c'est oublier que le médecin ne peut être seul pour assurer une bonne prise en charge. Au contraire, le travail en équipe est crucial que ce soit au sein des services hospitaliers ou en libéral où le médecin reste éloigné du domicile du patient.

La surcharge de travail de tout le personnel soignant rend de plus en plus nécessaire une véritable synergie entre chaque intervenant de la prise en charge.

Ainsi, entre le patient et le médecin, il ne faut surtout pas omettre un maillon essentiel et crucial de la chaîne : l'infirmier.

Les représentations et les freins à la prescription des opioïdes forts ont déjà été largement étudiés chez les médecins généralistes ([5,6,7,8,9,10]). Chez les patients, des travaux existaient mais étaient soit anciens, soit trop sélectifs concernant la population étudiée, soit utilisaient une méthodologie à la fois quantitative et qualitative ([6,9,11–13]).

Pour les infirmiers, les données étaient également anciennes mais surtout, plus rares. Parfois les seules données provenaient directement des infirmiers, dans le cadre de leur mémoire de fin d'études ([8,9,14,15]).

C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi d'étudier les représentations et la gestion des traitements par opioïdes forts chez les infirmiers. En parallèle, Céline Barres réalisera la même étude chez les patients de façon à élargir les connaissances et les points de vue sur le sujet. Cette vision croisée entre patients, médecins (en s'appuyant sur la littérature) et infirmiers nous permettra de comprendre les tenants et les aboutissants de la perception des morphiniques, de proposer des outils et améliorer ainsi la prise en charge des patients.

MATERIEL ET METHODE

I / OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif principal

Recueillir les représentations et le vécu des traitements par opioïdes forts chez les infirmiers

2. Objectifs secondaires

. Comparer les représentations des traitements par opioïdes forts chez les patients et les infirmiers
. Déterminer les influences de ces représentations sur la prise en charge du patient et en particulier les freins à la bonne prise et gestion des traitements par opioïdes forts.
. Comprendre la relation qui existe entre patients, infirmiers et médecins afin d'améliorer leur collaboration et ainsi la prise en charge des patients
. Elaborer des outils, dans le but d'améliorer les représentations liées aux opioïdes forts et la prise en charge de la douleur

II / LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique s'est appuyée sur les bases de données *Pubmed, Cismef, Sudoc* ainsi que les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar*, en utilisant les mots clés "morphine" "opioïdes forts" "opioid" "infirmier" "nurse" "représentation" "médecins généralistes" " general practitioner " "patient". Nous avons également eu accès à des thèses de confrères par le biais de la bibliothèque universitaire de Médecine de Nice et de la bibliothèque inter universitaire de Paris Descartes. Nous avons consulté des œuvres littéraires, des ouvrages universitaires et des sites internet de référence. Des documents ont aussi été trouvés grâce à la recherche de proche en proche (arborescence) en utilisant la bibliographie des documents consultés.
Ces documents ont été référencés et organisés à l'aide du logiciel Zotéro.

III / METHODE

1. Type d'étude : la recherche qualitative

Tout d'abord utilisées dans les sciences sociales et humaines à partir des années 1920, c'est seulement à partir des années 90 que les chercheurs en santé se sont appropriés les méthodes qualitatives ([16]).

La recherche qualitative que l'on appelle également "recherche compréhensive" a pour ambition de comprendre les acteurs et leurs actions, de qualifier le vécu, les ressentis, les émotions, les opinions et les représentations.

A travers cette méthode, il n'est pas question seulement de relater le discours des acteurs, mais bien de donner un sens à leurs expériences, d'interpréter chaque témoignage, de les comparer les uns aux autres, selon les contextes, les situations ([17]).

Nous pouvons préciser que l'analyse qualitative précède et prépare l'analyse quantitative, qu'elle est « exploratoire ». Elle lui fournit des phénomènes à étudier et donne l'apparence d'être plus « noble » parce qu'elle rentre plus profondément dans la nature des phénomènes humains ([18]). Ce qui permet de faire émerger des idées nouvelles et de nouveaux concepts.

Il nous a donc semblé évident que cette méthode était la plus adaptée pour comprendre les représentations actuelles des patients et des infirmiers concernant les opioïdes forts.

2. Thèse en miroir

Cette thèse en miroir est un travail collaboratif mené avec Céline Barres, laquelle a été chargée d'interroger les patients. En effet nous avons fait le choix des patients et infirmiers compte tenu des nombreux travaux déjà existants sur les médecins généralistes, dont on pourra faire la comparaison dans la discussion par la suite.

Nous avons utilisé la même méthodologie pour l'élaboration de nos deux thèses, afin que celles-ci puissent être au mieux complémentaires.

Ce travail nous permet in fine de développer une recherche à partir de plusieurs sources, à savoir donc les patients et les infirmiers. C'est ce qu'on appelle la triangulation des données, ce qui permet de comparer et valider nos résultats respectivement et ainsi renforcer la validité interne de notre travail ([19]).

3. Entretiens individuels semi-dirigés

Nous avons opté pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés. Pour cela, nous avons élaboré au préalable un guide d'entretien pour structurer la rencontre, afin de définir les thèmes à aborder, tout en restant ouvert à l'émergence de nouveaux concepts.
L'entretien tend à se rapprocher davantage d'une conversation que d'un questionnaire. L'atmosphère se veut "détendue". L'entretien se doit d'être flexible, pour approfondir des idées nouvelles initiées par l'informateur. Il doit sentir qu'il a un rôle central, et un savoir précieux, "qu'il nous met dans la confidence", sans se sentir jugé. En usant d'empathie, de questions ouvertes et d'une écoute attentive, la personne interrogée s'investit plus dans la discussion. Ceci assure un recueil de données riche et fidèle aux perceptions du sujet interrogé et permet d'accéder, par bribes, à une « vérité » plus profonde des personnes.
« La meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur » ([20]).

4. Saturation

Nous avons mené ces entretiens jusqu'à saturation des données ([21]), c'est-à-dire jusqu'à épuisement des éléments de réponse. En effet, après avoir procédé à une retranscription et une relecture globale des entretiens au fur et à mesure, ainsi qu'une analyse de ces entretiens, nous avons pu objectiver une redondance des témoignages, sans apparition de faits nouveaux à partir du 15ème entretien. Nous avons réalisé deux entretiens supplémentaires pour confirmer la saturation, soit 17 entretiens au total.

IV / POPULATION

1. Inclusion

Les critères d'inclusion étaient simples :

- Etre infirmier diplômé d'état en exercice en PACA.
- Pas de restriction concernant l'activité: libérale, hospitalière, clinique, EHPAD.
- Avoir un minimum d'expérience avec les opioïdes forts.
- Accepter le sujet et la méthodologie de cette thèse.

Les critères de non inclusion étaient tout aussi simples:

- Le refus de l'infirmier
- L'absence de réponse

2. Recrutement

Le premier entretien a été réalisé avec une infirmière rencontrée régulièrement dans le cadre professionnel. Puis le reste du corpus infirmier a été contacté via:

- les pages jaunes sur internet,
- en joignant directement les services hospitaliers de différentes spécialités
- mon réseau de connaissance, dont une infirmière de mon entourage proche
- en utilisant la technique du proche en proche : les infirmiers qui me donnaient à leur tour le nom d'autres infirmiers.

Le type d'étude était présenté, ainsi que la méthode utilisée. Ils étaient informés du caractère anonyme des entretiens et de la nécessité d'y consacrer au moins une demi-heure. Il leur était précisé que les entretiens étaient enregistrés mais détruits une fois la thèse passée.

3. Caractéristiques de l'échantillon

Contrairement à une étude quantitative qui s'appuie sur un échantillon représentatif de la population générale, nous visions un échantillon raisonné et révélateur des points de vue de la population infirmière étudiée, grâce à un échantillonnage théorique intentionnel.
Pour cela un corpus suffisamment diversifié et équilibré était nécessaire, ainsi que la saturation des données, afin d'obtenir un recueil d'information qualitativement représentatif. Ceci nous permet de parler de la notion de transférabilité de l'étude, de la notion de généralisation des résultats et ainsi d'assurer la validité externe de cette thèse ([19]).
Les paramètres de l'échantillonnage théorique étaient : le sexe, l'âge, le lieu d'activité, les formations complémentaires, le type d'activité et le nombre d'année d'expérience.

V / REALISATION DES ENTRETIENS

1. Le Guide d'entretien

La particularité de cette étude est la réalisation d'une comparaison en miroir des patients et des infirmiers. Après une lecture attentive de la bibliographie ([17,20]) et des travaux de thèse de confrères sur ce thème, nous avons élaboré en binôme avec Céline Barres notre guide d'entretien. Cela dans le but de parfaire la comparaison entre nos groupes et d'en faciliter l'analyse ultérieure. Le guide est composé de questions ouvertes afin de permettre à l'informateur de développer ses propres idées et représentations. Nous avons privilégié les questions "pourquoi" et "comment" afin de mieux comprendre ces perceptions et les mécanismes décisionnels. En parallèle, nous avons dressé une grille de lecture pour effectuer des relances lors des entretiens en cas de réponses trop succinctes ou nécessitant des précisions. Pour cela, nous avons utilisé des techniques telles que la méthode de l'écho, la reformulation/reflet, l'interprétation partielle, la synthèse partielle, la complémentation ou encore le silence ([17]).

Le guide a été testé sur une première infirmière de mon entourage, pour s'assurer de sa pertinence et de son intelligibilité. Il a été relu et validé par notre directrice de thèse le Dr Elise Gilbert. Il a ensuite été modifié en cours d'exploitation, en intégrant les données complémentaires à l'analyse.

Le guide d'entretien et la grille de lecture sont consultables en annexe 1.

2. Déroulement des entretiens

Lors du premier contact téléphonique, nous avons laissé libre choix du lieu d'entretien aux infirmiers.

Une durée approximative d'entretien de 30 minutes était annoncée en précisant que cela pouvait être plus long.

Avant de débuter, chaque infirmier a donné son accord verbal pour être enregistré sans que soit dévoilée son identité. Dans la thèse nous les nommons E1, E2, E3 etc, afin de préserver l'anonymat.

Nous avons utilisé le dictaphone d'un Smartphone pour l'enregistrement des interviews.

VI. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

L'analyse a été réalisée progressivement en parallèle des entretiens. Cela nous a permis de dégager des résultats préliminaires et d'améliorer la collecte en redéfinissant les questions de recherche pour explorer de nouvelles pistes. Ce procédé accroît la validité de l'étude ([19])
La méthodologie choisie a été une analyse manuelle, sans utilisation de logiciel.
Elle se divise en deux étapes :

- Une première étape dite "d'analyse verticale" durant laquelle les entretiens sont interprétés un à un, mot à mot. En effet nous avons procédé initialement à la retranscription *ad integrum* des données. Puis nous avons lu à plusieurs reprises le matériel de chaque entretien, de façon indépendante, afin d'en dégager les thèmes et sous thèmes en lien avec notre guide d'entretien.
  Nous les avons classés sous forme d'un tableau Excel.

- Puis une seconde étape dite "d'analyse horizontale" ou "transversale" durant laquelle l'analyse s'affine par recoupement des différents sous-thèmes organisés en colonnes. Le sens des mots exprimés est ainsi mieux cerné et nous permet de mettre en évidence des idées communes ou au contraire, des idées spécifiques à dégager. C'est ainsi que certains sous-thèmes peuvent donc créer de nouveaux thèmes.
  Les nouvelles idées apparaissent aussi lorsque l'on parvient à renverser les points de vue, les contextes, premier plan/arrière plan, que l'on peut avoir sur son objet de recherche ([17 22])

Une seconde lecture de l'analyse a été effectuée par notre directrice de thèse. Ce procédé a permis de ne pas omettre la saisie de données importantes et de trouver un sens commun à certains propos recueillis.
Cette double analyse aussi appelée triangulation des chercheurs a pour but d'assurer la validité interne de l'étude ([19,22]).
Enfin il est important de rappeler, avec cette méthode d'analyse qualitative, qu'une donnée a la même valeur qu'elle soit exprimée une seule fois ou plusieurs fois au cours des différents entretiens (à l'inverse des méthodes quantitatives) ([17])

RESULTATS ET ANALYSE

PARTIE 1 : RESULTATS DESCRIPTIFS

1. L'échantillon

Une cinquantaine d'infirmiers a été contactée par téléphone. S'ils ne répondaient pas, un message vocal était laissé sur leur répondeur pour présenter le projet de la thèse, afin qu'ils puissent me rappeler.

18 ont répondu favorablement. Un certain nombre n'avait pas le temps pour réaliser l'entretien. Une autre partie n'était pas intéressée ou utilisait peu les morphiniques.
Et enfin, une autre partie n'a pas répondu aux messages vocaux laissés.

Parmi ces 18 personnes, un infirmier ne s'est pas présenté au rendez-vous sans nous en avertir.
Au total, 17 entretiens ont donc été réalisés auprès d'infirmiers exerçant dans deux départements différents : le Var (12) et les Bouches-du-Rhône (5).
Les entretiens ont été réalisés entre le 21 septembre 2017 et le 23 mars 2018.
Nous avons réalisé 12 entretiens sur leur lieu de travail. Quatre d'entre eux ont préféré le faire chez eux. Une infirmière a choisi un lieu public au calme.
Les enregistrements ont duré au minimum 20 min 39 et au maximum 1 h 10 min pour une moyenne de 41 minutes.

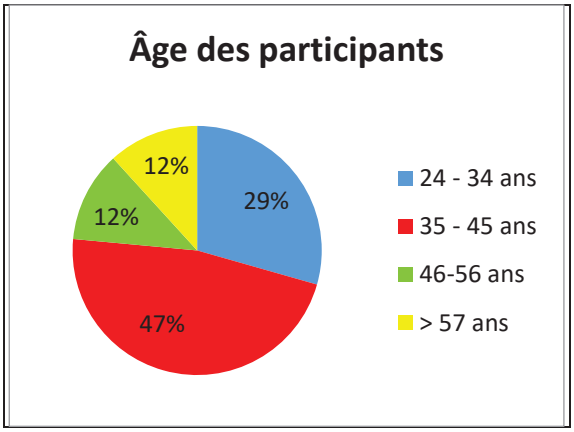
2. Les caractéristiques de l'échantillon

Résumé descriptif de la population :

IDE	Sexe	Age	Type Activité	Expérience
E1	**Femme**	34 ans	Libérale Salernes	12 ans - Passage en Chirurgie Orthopédique et ORL
E2	**Femme**	35 ans	MDR Salernes	12 ans AS - 2 ans IDE - Oncologie 10 semaines
E3	**Femme**	40 ans	USP Draguignan	Agent Hospitalier - AS puis IDE depuis 2 ans
E4	**Homme**	37 ans	Libéral Lorgues	8 ans AS - 9 ans IDE dont 1 an en Réanimation
E5	**Femme**	38 ans	Urgences Brignoles	17 ans dont14 ans de Chirurgie orthopédique
E6	**Femme**	30 ans	SSR Brignoles	7 ans
E7	**Femme**	34 ans	Onco Draguignan	3 ans ASH - 4 ans Préparatrice en Pharmacie - 3 ans IDE
E8	**Femme**	38 ans	Gériatrie Draguignan	16 ans ASH - 2 ans IDE
E9	**Homme**	60 ans	MDR Salernes	38 ans - Avant: Infirmier dans l'armée
E10	**Femme**	51 ans	Libérale Aix en P	29 ans - Libérale toute sa carrière
E11	**Homme**	53 ans	Libérale Aix en P	Journaliste puis IDE depuis 10-12 ans dont 6 ans en Réanimation
E12	**Femme**	32 ans	EMSP Draguignan	11 ans : Gériatrie 5 ans puis S. de Méd puis Equipe mobile de SP.
E13	**Femme**	38 ans	Lib Alentours Marseille	AS 9 ans - IDE 11 ans : Ortho - Réa - Urgence puis libéral
E14	**Femme**	59 ans	Soins palliatifs Gardanne	IDE depuis plus de 30 ans
E15	**Femme**	35 ans	Marseille S. Mucov.	11 ans - Passée par des services d'Onco. 1 an de libéral.
E16	**Femme**	24 ans	Chir Ortho Draguignan	4 ans
E17	**Femme**	38 ans	Libéral Aups	Secrétaire médicale - 11 ans IDE dont 3 ans de Réa

2.1. Âge des Infirmiers

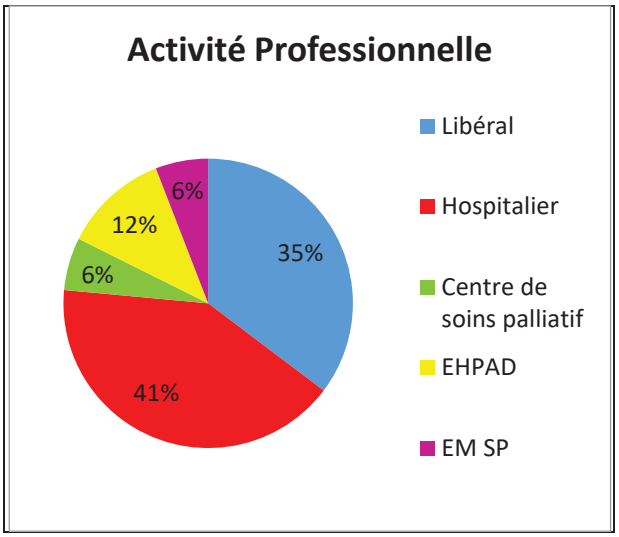
Les participants à l'étude étaient âgés de 24 à 60 ans, pour une moyenne d'âge de 40 ans. Deux tranches d'âge étaient prédominantes : celle des 35 à 45 ans, puis celle des 24 à 34 ans.



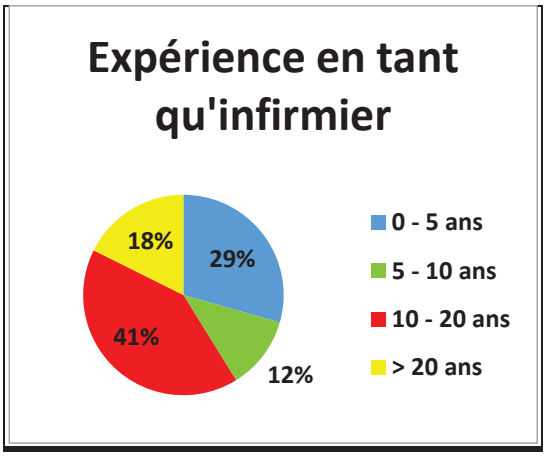
2.2. Genre

L'échantillon était composé de 14 femmes pour 3 hommes soit un ratio de **82.6 % de femmes**.

2.3. Activité Professionnelle



2.4. Expérience en tant qu'infirmiers



Les moins expérimentés travaillaient en tant qu'infirmier depuis 2 ans. Le plus expérimenté bénéficiait de 38 ans d'expérience.

2.5. Lieu d'activité pour les infirmiers libéraux

Nous avons classé les zones d'activités uniquement pour les infirmiers travaillant en libéral. Pour ceux travaillant dans des établissements de soins, nous sommes partis du principe que l'activité était peu modifiée par la démographie de la ville.

Selon la définition de l'INSEE ([23]) basée sur la nouvelle typologie européenne de 2011 du « degré d'urbanisation », définissant des mailles en fonction de la densité de population au Km^2 et du nombre d'habitants. On retrouve dans notre échantillon :

3 Participants travaillant dans des mailles urbaines denses (plus de 50.000 habitants à 300 habitants/Km^2)
1 Participant travaillant en maille urbaine (entre 5.000 et 50.000 habitants et minimum 300 habitants/Km^2)
2 Participants travaillant dans une maille rurale intermédiaire (entre 300 et 5.000 habitants et 25 habitants/ Km^2).

2.6. Lieux et conditions d'entretien :

Nous avons laissé le libre choix aux infirmiers pour qu'ils soient le plus à l'aise possible. Pour l'ensemble des entretiens, nous étions au calme afin de favoriser une expression libre. Comme énuméré dans la méthodologie, nous leur avons présenté le sujet et l'intérêt de notre travail. Nous leur avons confirmé que l'entretien était enregistré, confidentiel et anonyme. Nous avons utilisé pour cela un téléphone portable posé sur la table, avec l'écran en veille permettant de ne pas rappeler que l'entretien était enregistré. L'enregistrement était d'autant plus discret que les Smartphones sont omniprésents dans notre quotidien au contraire d'un dictaphone classique. Nous avons ensuite insisté sur la notion de ne pas se sentir jugé, de parler librement, et de ne pas hésiter à développer de nouveaux sujets.

PARTIE 2 : RESULTATS QUALITATIFS

I / LES REPRESENTATIONS DES INFIRMIERS SUR LES OPIOÏDES FORTS

1. Le ressenti concernant les opioïdes forts

1.1. Les premières associations d'idées autour des opioïdes forts

Nous avons voulu dans un premier temps connaître les premières idées qui viennent à l'esprit quand on aborde le thème de la morphine.

L'idée qu'il s'agit avant tout de **l'antalgique le plus fort**, d'un palier III
E4. "*Douleur très forte non calmée par d'autres antalgiques*"
E9. " *Antalgique de palier III. Le plus fort des Antalgiques*"

Le caractère **extrême** de la situation est souligné

E1." *Pour moi c'est vraiment dans les cas extrêmes."*

Utilisés lorsque les précédents antalgiques ont été insuffisants

E16." *On y a recours surtout quand les patients sont hyperalgiques et qu'on n'arrive pas à les calmer par autre chose*."

La reconnaissance d'un traitement **efficace**, qui nécessite le **juste équilibre**

E6. "*C'est vrai que quand on adapte bien les doses, les posologies, on arrive à avoir des résultats intéressants*."

E7." *C'est souvent ce qui est le plus efficace. Donc quand c'est bien toléré, ça améliore beaucoup la qualité de vie et le confort des patients... Trouver le juste équilibre, c'est toujours un peu compliqué*."

Leur association aux **maladies graves, à la fin de vie et à la mort**

E3." *Après il y a certains qui ne veulent pas la morphine. Déjà "Aïe la morphine, c'est pas bon, qu'est-ce que j'ai?" Dans le terme c'est pas bon. C'était l'époque où on la mettait quand il n'y avait plus rien à faire donc les gens l'assimilaient...*"

E15*." Fin de vie en gros. On l'associe souvent à la fin de vie."*

La notion que ça **accélère la fin de vie**

E9. "*c'est que ça aide à partir...*"

Le constat d'une **évolution des mentalités** en la matière

E3." *Maintenant c'est plus rentré dans les m... C'est différent* ".

E10." *je trouve que les dosages aujourd'hui, je ne pense pas que... Du moment qu'il le supporte bien ça va*".

L'idée qu'ils sont encore utilisés parfois à **visée anxiolytique**

E6. " *Pour les patients ... qu'on aide à être dans un état un petit peu... je vais dire second mais c'est pas le terme à proprement parlé, mais un petit peu calme*".

Le ressenti d'une **image plus négative dans la population générale**

E7. "*avec ... des représentations chez les patients et les familles assez négatives. Souvent ils associent à la fin de vie."... "Après moi, enfin toute, on n'a pas d'image négative associée à la morphine".*

Les références à la **dépendance, l'accoutumance et les drogues**

E9 "*J'ai patché mon père dans ses derniers instants. Sinon on n'a pas ni drogue douce ni drogue dure. Du point de vue toxicomanie disons non*."

E10. "*Après il y a les problèmes d'accoutumance, tout ça*".

E16. "*Je pense aussi au risque de dépendance*".

La **peur des effets secondaires** et du surdosage

E4. "*Quand je pense morphine, je pense danger. Je connais les effets donc je pense danger. Surdosage*."

E17. "*Des effets indésirables importants quand même*."

La **sécurité** autour des opioïdes

E17."*Le contexte réglementé pour en avoir à domicile*".

1.2. Les peurs liées aux opioïdes forts

1.2.1 La peur des effets secondaires

Les nausées sont souvent très mal vécues

E1. "*Les nausées c'était horrible*"

La peur de ne pas tolérer la morphine :

E10. Comme sa maman : "*Ma mère... mais au moment d'une intervention. Elle se sentait très très mal. J'en ai très peur du coup. Je me dis que si ma mère ne supporte pas...*"

E16. "*Je n'ai pas envie d'avoir d'effets secondaires, de ce que j'ai pu voir dans les services, je n'ai pas envie de finir dans des états d'hallucination ou d'incohérence complète..."*

La peur de la réaction du patient, et de devoir gérer une urgence

E12. "*Et puis la réaction du patient*."

E13. " *Que le patient réagisse mal. Mais t'es là, tu sais quoi faire*."

E14. " *mais j'aurai toujours la crainte de me dire, est-ce qu'il ne va pas me faire un malaise? J'injecte la morphine, je sais ce que j'injecte, je n'injecte pas un Perfalgan®*."

1.2.2 La peur des injectables

Il ressort des interrogatoires, que les infirmiers ont particulièrement conscience de la nécessité de prendre un maximum de précautions, et de faire preuve de la plus grande rigueur possible pour éviter l'accident.

E4. "*Quand il y a une préparation à faire pour de l'injectable. Quand il y a une pompe à morphine par exemple. Je vais être extrêmement vigilant. Je vais regarder plusieurs fois la prescription médicale. Je vais bien recalculer plusieurs fois pour être sûr de ne pas me tromper.* "

E15. " *Chaque fois que je l'utilise. Je fais beaucoup rire mes collègues, car je vérifie 400 fois les prescriptions. Je montre à mes collègues les dosages des ampoules "tu es d'accord, hein, c'est bien ça?"*

Il ressort aussi la peur d'engendrer le décès du patient suite à l'injection, en particulier chez les individus très fragiles

E14. "*On peut avoir peur de l'utiliser quand on fait un bolus. Pas quand on l'instaure en continue sur 24h. Mais ça nous arrive d'avoir peur de faire un bolus sur quelqu'un de très fragile. On a peur que la personne parte sur l'injection."*

1.2.3 Le manque d'expérience, une source d'appréhensions

E2. " *Oui peut être car j'ai pas l'habitude en IV, j'en n'ai jamais fait. Mais c'est le manque d'expérience*"

E5. "*Après chez l'enfant ça me choquerait plus. Bien qu'il me semble que je ne l'aie jamais utilisé chez l'enfant."... "Non pas du tout, sauf chez l'enfant ça me ferait peur*."

E11. " *Je crois que c'est une question de fréquence d'utilisation. Les gens qui utilisent ça tous les jours ou qui ont des patients pour qui c'est prescrit tous les jours, il y a une banalisation*

qui fait qu'on s'aperçoit que ce n'est pas toxique ni dangereux. Il suffit de rester dans les bonnes pratiques"

E14. "*Alors les IDE avaient de part leur passage soit au domicile soit en chirurgie, avaient manipulé la morphine, ce n'était pas étranger pour elles, mais voilà, il y avait, il y a eu un temps de réflexion*." Tout de même

Les infirmiers admettent que leurs propres peurs sont elles-mêmes fondées sur certaines **idées reçues :**

E8. "*Par rapport à une méconnaissance du médicament, et aussi des idées reçues. Même si on est professionnel, on a des idées reçues. Quand on nous éduque, qu'on grandit, voilà*"

1.2.4. Le manque d'encadrement

Le manque d'encadrement apparaît comme un vecteur de peur accrue.

E6. "*Ca dépend si on est encadré ou pas. Concrètement en tant qu'IDE, on sait quand le patient en a besoin ou pas besoin. Mais c'est vrai qu'on se sent plus en sécurité quand on a la prescription sous les yeux et que ça a été validé par le patient, vu et que le médecin est Ok comme nous."*

E14." *Au niveau de l'équipe mobile, ils vont proposer pour les domiciles et les EHPAD des protocoles. Ils sont très cadrés."*

L'encadrement réalisé par l'entourage :

E17."*Après c'est sûr que si je suis toute seule, à instaurer de la morphine à quelqu'un, il y a plus de surveillance. Ca dépend s'il y a la famille à côté. Ou si c'est juste un couple de personnes âgées où il n'y a personne autour... C'est sûr qu'on ne peut pas ... Avec mes 2 passages par jour. Ce n'est pas suffisant."*

1.2.5. Les personnes âgées

Cette peur est aussi particulièrement prégnante à l'égard des patients plus âgés, plus fragiles.

E14. "*A du personnel d'Ehpad, d'unité classique. Alors là, on sent qu'ils ont... l'utilisation de la morphine, elle est plus questionnée. Autour de la personne âgée, ils ont très peur*."

E16. " *Chez certaines personnes âgées c'est vrai que ce n'est pas toujours recommandé. Ils ont tendance à avoir des hallucinations, des délires, des choses comme ça quand on les met sous morphine. Donc c'est vrai que arrivé à un certain âge, c'est quand même difficile à doser*"

1.2.6. Les opioïdes pour les autres oui, pour moi non!

Ce qui est intéressant dans cette étude, c'est de constater le changement de position des infirmiers face à la prise d'opioïdes.

Inconsciemment les effets secondaires font peur, parfois plus que la douleur.

E13. " *Moi dans mon cas, l'arthrodèse, bon ça va, je souffre 24 h c'est pas très grave. Je souffre un peu, j'ai pas d' effets secondaires, ça m'arrange au final."*

E1." *Faudrait déjà que j'aie vraiment très très mal pour la prendre. J'aurais un peu peur quand même, oui. Peur de la dépendance, peur des effets"*

E2*." Je pense que j'aurais des appréhensions d'avoir des effets secondaires, des vomissements... Mais je pense que si j'avais très très mal j'en prendrais"*

E3. " *Je veux garder ma conscience donc je veux pas...Je veux gérer." " si j'en ai besoin oui j'en prendrais"*

E4. *" J'essaierais de voir s'il n'y a pas un autre moyen" "Connaissant les effets secondaires, je ne serais pas..." Peur d'être dans le coaltar mais pas peur de la dépendance."*

E5." *Alors moi je refuserais ! (rire).* ***Parce que sur moi c'est pas pareil****" " j'aurais trop peur d'avoir des nausées donc non! C'est une phobie pour moi que de vomir et d'avoir la nausée. Je ne sais pas si c'est pathologique... Il faudrait vraiment beaucoup me rassurer."*

La peur d'en avoir à son domicile et de **l'accident domestique**

E8. "*A mon domicile, ça me dérangerait." "Peut-être que je n'ai pas été confronté, ni dans ma vie perso, ni en tant que professionnel à domicile. Peur que le médicament traine et que quelqu'un le prenne par erreur"*

1.2.7. Réfractaire aux médicaments de manière générale

En lien avec cette appréhension à prendre de la morphine pour soi-même, nous avons été surpris également du nombre d'infirmiers préférant prendre le moins possible de médicament

E2. " *Car je ne suis pas médicaments"*

E3. " *Moi déjà je prends aucun médicaments" " Ils vont commencer par le Perfalgan déjà. Et puis après on verra.. Si je n'ai pas trop mal (rire). Après moi je ne veux pas lâcher... Je... Je ne suis pas trop médicaments..."*

2. Les connaissances

2.1. Les indications des morphiniques

2.1.1. Indiqué pour quel type de patient ?

De prime abord, il ressort fréquemment que les traitements morphiniques sont adaptés pour tout type de patient et tout type de pathologie.

E2. "*On peut le prescrire à tout le monde*."

E3. "*Moi je ne pense pas qu'il y ait de profil type*"

E5. "*Tous les patients douloureux. Je ne pense pas qu'il y ait de patient type*."

Néanmoins, les pathologies lourdes, les fins de vie et les cancers sont prépondérants

E4. "*Profil oncologique cancéro*"

E6. "*Pour les patients avec des pathologies lourdes, Surtout pour ça, type cancer, voilà, grosse pathologies."*

Certaines pathologies ou situations cliniques sont plus particulièrement évoquées

E1." *les suites opératoires, la fin de vie, les maladies chroniques, en rhumato*".

E4." *Je pense aux blocs opératoires, à la réa, aux urgences, pareil sur les gros traumas, sur les pathologies post chirurgicales*."

E15. "*Il y a aussi tout ce qui est polyarthrite rhumatoïde, ou neurologique...*"

Ce type de traitement peut être utilisé parfois pour certains profils présentant des conduites addictives

E15. "*On a souvent recours aux morphiniques pour les patients ayant des dépendances type OH, les stupéfiants. C'est vrai qu'on a souvent recours aux morphiniques pour ce type de patients car on n'arrive pas à les soulager avec d'autres paliers*"

Les antalgiques doivent aussi être adaptés à un type de douleur

E11. "*Pas de pathologie type, en revanche utiliser un antalgique adapté à la douleur, selon l'évaluation de la douleur*"

E12. "*La morphine on peut l'utiliser pour tout type de douleur, mais nous on utilise beaucoup l'Oxynorm® pour les douleurs neuropathiques*"

2.1.2. Indiqué à quel moment ?

Les infirmiers sont assez unanimes pour instaurer la morphine quand les autres traitements ne sont plus suffisants ou adaptés

E6. "*Pour les patients pour qui les paliers inférieurs ne fonctionnent pas*"

E10. "*Quand on a épuisé les autres antalgiques*"

Ces derniers se montrent dans l'ensemble favorables à une démarche progressive, palier, par palier.

E2. "*Ca doit être progressif, en passant par les différents paliers, en évaluant régulièrement*"

E10. "*Moi je suis assez graduel dans mon approche*"

Quelques infirmiers se révèlent enclins à instaurer directement le traitement quand la douleur est intense, ou lors d'accidents graves ou de chirurgie par exemple.

E3. "*Quand l'EN est supérieur à 8/10, et selon l'avis du médecin*"

E15. "*On l'instaure quand le patient a très mal. Ou parce que c'est en chirurgie* "

Pour de rares infirmiers, il semble qu'une situation exceptionnelle soit nécessaire pour justifier l'administration de la morphine.

E9. "*Oui une grosse douleur" "un accidenté de la route*" "*à l'armée j'ai vu certains trucs, bon, là on ne réfléchit pas*" "une *fracture ouverte sur une piste de ski*"...

A l'inverse, chez d'autres infirmiers, il leur apparaît nécessaire d'instaurer la morphine le plus tôt possible, pour privilégier et sauvegarder le confort du patient.

E15. "*Donc pour moi, c'est le plus tôt possible qu'on l'instaure. Pour ne pas que les gens souffrent. Le confort avant tout*."

2.1.3. Les situations inadaptées

En premier lieu, il convient de ne pas méconnaitre le versant psychologique, et en particulier l'anxiété, qui peut majorer l'impression de douleur. Nous détaillerons cet aspect dans le chapitre des difficultés rencontrées par les infirmiers.

Les infirmiers ont bien conscience qu'il est important d'éviter ce type de traitement en cas d'intolérances ou de contre-indications, en particulier en cas d'insuffisance respiratoire
E1. "*Quand le patient ne le supporte pas*"
E4. "*Tout ce qui est lié avec les effets secondaires et les intolérances qu'on peut avoir avec les morphiniques*". *"Les insuffisants respiratoires".*
E11. "*Les contre-indications médicales". "Il y a des douleurs qui n'y répondent pas". "Les allergies".*

De même, il convient de s'abstenir pour les patients ayant un terrain à risque de dépendance.
E7. "*Il faut être prudent chez les toxicomanes. Pour éviter accoutumance et dépendance*."

Certains dénoncent parfois au contraire une prescription jugée excessive.
E9. "*Il y a des trucs que je ne comprends pas. Il y a une dame qui prend de l'Actiskenan® depuis quelques années. Elle prend 2 Actiskenan® 20 mg. Alors je trouve ça vraiment inutile pour elle"*

Certains pensent que les opioïdes ne sont pas adaptés pour les douleurs neuropathiques (E3).
D'autres enfin ne voient pas de situations inadaptées spécifiques (E5, E6, E8, E9).

2.1.4. Les doses limites

S'agissant du dosage, plusieurs idées se dégagent.
Dans l'ensemble il paraît surtout important d'adopter une évaluation individualisée, au cas par cas.
E1. "*A adapter en fonction de chaque personne" "On sait pas en fait*"
E2. "*Si on fait la titration correcte, on va avoir une dose appropriée au patient. Si c'est au delà c'est la limite."*

Le dosage doit parvenir à concilier l'efficacité et la tolérance.
E1. "*mettre le minimum au départ puis voir en fonction de la tolérance et de l'efficacité*."

Certains évoquent une dose létale
E4." *Oui oui je pense, il doit y avoir un dosage maximal à ne pas dépasser pour ne pas être létal mais après de quelle quantité il s'agit?... Je ne sais pas*."

La dose limite peut aussi être vécue comme la limite à ne pas dépasser sous peine de devenir dépendant.
E13. "*Donc je vais te dire non, après ça dépend. Là par exemple ma patiente pour moi c'est du surdosage. Parce qu'elle est comme toi et moi. Et le risque...*" (sous-entendu)

La notion de dose limite implique une évaluation rigoureuse.
E12." *Quand on augmente, il faut quand même une évaluation de la douleur. Souvent on attend 24h*."

La dose limite paraît plus restreinte en intraveineux (IV)
E5. " *Après en IV, quand même je ne pense pas ... (Rire)*"(qu'on puisse monter à des doses élevées)

Une infirmière fait remarquer à juste titre que les doses importantes d'opioïdes forts ne sont pas synonymes nécessairement d'effets secondaires
E3. "*Et c'est pas forcément avec des gros dosages qu'ils sont shootés et somnolents et tout*."

2.2. Les effets des morphiniques

2.2.1. Les effets positifs de la morphine

L'effet principal soulevé par quasiment tous les infirmiers, c'est avant tout son effet **Antalgique** !

Parmi les autres vertus, ils permettent également aux patients de retrouver de l'**autonomie** (E3)

Ils permettent d'améliorer le **confort psychologique** :
E4: " *soulagement psychologique*"
E6. "*Du coup le patient est plus ... je ne peux pas dire zen, mais plus détendu, Donc on peut avoir de meilleurs rapports avec lui et les soins se passent beaucoup mieux*."

Les infirmiers interrogés notent également une amélioration de la **fonction respiratoire :**
E7. " *Comme c'est un dépresseur respiratoire, chez certains patients en fin de vie, encombrés, ça améliore quand même le confort respiratoire.*"

Les opioïdes forts permettent de retrouver un **sommeil réparateur:**
E15." *les patients nous disent que c'est la morphine qui les fait dormir. Non! C'est parce que ça fait un mois que vous ne dormez pas, et que maintenant on a réussi à calmer votre douleur, donc vous arrivez à dormir*." Dette de sommeil pendant quelques jours.

2.2.2. Les effets négatifs de la morphine

Mais c'est aussi **beaucoup d'effets indésirables** :
E13. "*Alors déjà il y a beaucoup d'effets secondaires* !"
E1: "*la somnolence, les rétentions urinaires, l'accoutumance... Les nausées*"
E2: " *constipation, respiratoire..." " Surtout la constipation et la somnolence"*
E4: "*troubles respiratoires, bradypnée, bradycardie. Au niveau clinique, on peut avoir un signe de myosis. Constipation, nausées, vomissements, maux de tête, vertiges, faiblesse musculaire, hypotension, rétention urinaire*"
E5: "*pas planer mais vaseux*"
E7. "*Après, tout les signes de surdosage, l'état de conscience, les hallucinations, des confusions, une somnolence un peu trop marquée*."
E8 " *L'IDE a oublié de retirer les patchs ... elle était à moitié comateuse, ils ont failli l'intuber*."
E12. "*La confusion, les lésions de grattages, à forte dose des désaturations. Des rétentions urinaires."*

E14. " *On peut avoir des gens qui font des malaises. Des malaises vagaux. Hypotenseur*"
E15. "*J'avais des sueurs de dingue, ça me grattait de partout*"

2.2.3. Des effets indésirables qui s'estompent

Certains tiennent à préciser très justement que **certains effets indésirables s'amenuisent**:
E7." *Après même en sachant que, enfin... Les effets secondaires, après 24h ils s'estompent, tout ce qui est nausées, somnolence ce qu'on peut avoir au début, ça s'estompe au bout de 24h, on le sait*."
E13. "*Les nausées les vomissements, et encore ça va, car petit à petit ils s'habituent*."

2.2.4. In fine, nous pouvons retenir malgré tout :

E14*:" en règle général c'est assez bien toléré*"

2.3. Les difficultés rencontrées par les infirmiers

2.3.1. L'anxiété

L'anxiété représente un puissant facteur influençant le ressenti de la douleur, et peut fausser le personnel soignant en l'absence d'une évaluation rigoureuse.

E7. S'assurer "*... qu'il n'y ait pas un fond d'anxiété associée. Car après des fois, ça nous est arrivé de nous faire avoir, d'augmenter des doses de morphiniques, à dépasser la tolérance du patient, alors qu'en fait c'était des douleurs majorées par l'angoisse et par quelque chose d'un peu plus profond."*
E14. "*Quand quelqu'un vient pour demander son Actiskenan®, ou "j'ai besoin d'un bolus", on va questionner, et parfois on se rend compte, que c'est un Xanax® qu'il va falloir, ou peut être un peu d'Hypnovel®, mais pas forcément la morphine..."*
E3. "*En cas de souffrance morale. On le voit bien ici." "On arrive à des doses quand même assez importantes et la douleur est toujours là"... "on se rend compte qu'une dose minime de morphine suffit. On a privilégié plus les anxiolytiques*"

Il est donc nécessaire d'avoir le réflexe de rechercher la part d'anxiété. Et ce, en particulier, chez certains profils

E3. " *Ce sont des gens qui ne sont pas calmés au niveau... Il y a une certaine agressivité... Ils demandent à ce que... Je ne sais pas... Coté psychologique aussi. La relation n'est pas facile et on se rend compte qu'il y a peut être autre chose. "*

2.3.2. La dignité

Les infirmiers doivent parfois faire face à des situations particulièrement délicates, en particulier les patients en fin de vie. La frontière avec l'euthanasie peut parfois être poreuse au nom de la dignité

E13. "*Oui pour le surdosage en fin de vie au nom de la dignité mais pas pour des personnes "comme toi et moi". Après je vais te parler franchement. Je ne suis pas pour l'euthanasie" ... "Donc à un moment donné, voilà...* ***Je suis pour que les gens partent dignement, et ne souffrent pas****. En même temps on pique des chiens! On ne peut pas laisser souffrir des humains."*

2.3.4. La rémunération

La rémunération n'est finalement pas une difficulté si importante qu'on pouvait l'imaginer. Peu d'infirmiers l'ont mise en évidence.

E1." *C'est pareil, on est payé à l'acte, on peut rester 1/4 d'heure ou 1h30, c'est le même tarif."*

Est-ce un frein, est-ce compliqué? " *C'est compliqué, mais à ce moment-là on adapte la tournée en fonction. Après on prend sur nous et puis ce n'est pas grave, on est là pour les soigner du début à la fin, encore plus en fin de vie"*

E11. Rémunérer les nuits ? " *Oui bien sur. C'est dans le cadre de forfait. Enfin ça change. Il y a une mutation sur les HAD. Avant c'était un forfait par gravité de soins à donner... Dans certains cas c'était surévalué, parfois le contraire. On a demandé d'être payé à l'acte. C'est en train de changer et d'évoluer de manière plus adaptée et transparente pour tout le monde."*

Pour une autre infirmière ce n'était pas un frein. *(E10)*

2.3.4. La conscience d'utiliser un produit potentiellement mortel, une utilisation raisonnée

E14. "*Donc elles ne rechignent pas à calmer quelqu'un mais en même temps, elles savent qu'elles manipulent un produit... Donc elles en ont une vraie conscience. Ce n'est pas quelque chose qui est... complètement... Voilà nous on manipule de la morphine comme ailleurs ils manipulent du Perfalgan®. Non elles savent qu'elles manipulent de la morphine."*
E4." *On a quand même conscience des risques. On est très vigilant. Car on utilise un produit qui est quand même dangereux."*

2.4. Représentation des voies d'administration

Les infirmiers manifestent plus de crainte à l'égard de la voie intraveineuse
E1. " *C'est sur que si c'était en mini flac, en dose libre, là oui ça fait plus peur."*
E14. " *Oui, je la sens plus dangereuse au vu de tout ce que je vous ai dis, je la vois plus dangereuse en IV"*

La voie IV est associée aussi comme la méthode de dernier recours, associée à la fin de vie du patient.
E6. *"Par contre, on sait que quand on passe en injectable, c'est pour... autre chose... Pour soulager d'une autre façon... quand on utilise la morphine en injectable, c'est qu'on met en place une PSE, et que le patient est étiqueté "fin de vie"."*

L'instrumentalisation de la voie IV renvoie plus généralement à une image de gravité
E11. "*Quand on passe en injection et à domicile me concernant, ce sont des PCA. C'est plus instrumentalisé, c'est plus médicalisé." " Il y a une conscience que c'est plus sérieux"*
" Et puis il y a des contraintes de toute façon. On voit que c'est moins facile."
" Il y a toute une organisation, des obligations, des surveillances, des passages qui font que c'est pas comme avant forcément, on est monté en gravité."

Une infirmière déplore notamment le risque des tubulures et valves anti-retour si elles sont mal branchées avec des risques d'accident.

E15. "*Après moi le seul truc qui m'énerve, car c'est souvent que c'est mal branché la morphine... on se retrouve avec des valves anti-retour qui font que effectivement, il n'y a aucun produit qui peut remonter dans la morphine. Mais par contre la morphine peut remonter dans tous les produits qu'on passe en plus chez les patients... c'est que, si vous ne vous apercevez pas que la voie est bouchée, la morphine tranquille, elle continue de diffuser dans les ballons, et vu qu'on fait tous la même chose quand c'est bouché, on arrive, on prend la tubulure et on tire dessus. Si ça se met à couler à fond, on ne sait pas combien de morphinique on injecte d'un coup"*

Néanmoins, la voie IV est vécue par les infirmiers comme significativement plus efficace, car plus rapide d'action.

E3." *On a l'habitude ici. La seule chose qui change c'est la vitesse d'efficacité."*

Qui dit plus vite efficace, dit nécessité d'une capacité de réaction plus rapide et donc d'une vigilance accrue.

E4. " *En injectable, on a un effet qui est quand même beaucoup plus rapide." " Donc il faut avoir une capacité de réaction plus rapide... et si besoin injecter un antidote rapidement."*

Les infirmiers exprimant une crainte initiale pour la voir IV craignent également davantage les effets secondaires par cette voie d'administration

E5. "*Craintes plus importantes des* effets secondaires *en injectable"*

A l'inverse, la voie transdermique est perçue par les infirmiers comme une méthode d'administration moins efficace et moins pratique.

E7. "*J'ai un petit doute sur l'efficacité des patchs de Durogesic® tout ça... C'est un ressenti... Je trouve que ce n'est pas une voie ni pratique, ni adaptée, ni facile à réévaluer après. Je parle pour l'hospitalisation. Après c'est peut être un bon relais pour le domicile parce que c'est facile." " Pas pratique car quand on l'enlève, il y a un délai... Il y a une demi vie d'action plus longue que par la voie IV et per os." "En plus certains patients transpirent beaucoup, c'est compliqué. Ce n'est pas la voie qu'on peut adapter à tous les patients."*

E8. " *En patch, moi, je colle le patch. Mais quand je le colle, j'ai l'impression que c'est inefficace... Ba je trouve qu'ils sont soit sous-dosés soit sur-dosés."*

3. Les freins à l'administration et la prise des morphiniques

3.1. La Dépendance et les drogues

La peur de la dépendance fait toujours partie des **peurs les plus importantes**

E5. "*Oui je pense après qu'il y a des patients dépendants, qui ne peuvent pas vivre sans*."

E6." *C'est vrai que quand on parle de morphine, le principal risque, on parle du risque de dépendance. Parait-il qu'on peut... On peut parait-il facilement s'habituer aux effets confortables de la morphine."*

E16. "*Et puis après la question de la dépendance, ça fait toujours peur*"

Il faut néanmoins préciser que les infirmiers ont cette perception du risque de dépendance pour un **profil de patient bien spécifique, à savoir les patients aux ATCD de toxicomanie, alcoolisme chronique, ou présentant un fond anxiogène important ou dépressif.**

E6. "*Ba je vois, voilà, les cas, très rares, qu'on a eus, les OH qui ont besoin d'une certaine dose de morphine pour ne pas faire de délirium tremens ou des choses comme ça.*

E7. "*Il faut être prudent chez les toxicomanes. Pour éviter accoutumance et dépendance."*

..."*Non ça peut être tout profil mais souvent avec un gros gros fond anxiogène."*

"*J'ai un autre côté en ayant travaillé en pharmacie avec des personnes très dépendantes et incapables d'arrêter voire même de diminuer les doses chez qui c'est très très complexe... Plutôt des profils particuliers."*

E12. " *... Ba tous ceux qui ont des douleurs chroniques, ils sont tous sous antidépresseurs. Beaucoup de femmes, où elles étaient en perte d'autonomie, plus de travail car elles devaient rester à la maison, plus goût à rien, qui pleuraient beaucoup... Elles prenaient de la morphine à forte dose."*

E14. *"Alors oui, l'expérience de dépendance qu'on va avoir, c'est peut être sur des profils"*

Certains patients recherchent l'effet flash

E14. " *Ca va être l'effet flash, l'effet chaleur,"*

E15. " *On a des patients parfois qui sont un peu déviants. Qui vont me demander de la morphine parce que ça les shoote. Parce qu'ils recherchent l'effet ...* "

Cette image de dépendance liée aux opioïdes forts est bien ancrée puisqu'elle persiste également chez des infirmiers travaillant en soins palliatifs (E3).

La crainte exprimée pour le domicile en raison du risque de mésusage et du manque d'encadrement

E8. "*Alors je pense que quelqu'un à domicile a plus de chance de développer une dépendance que nous en hospitalier. Parce qu'ici c'est nous qui donnons, et à domicile, c'est eux qui prennent. Donc au final même si on leur donne une ordonnance, avec par exemple une prise 3 fois par jour. Eux s'ils voient que ça ne va pas, ils vont en prendre davantage. "*

E17. *" Ba si c'est encadré, ça devrait bien se passer. Mais s'il y a des gens qui sont livrés à eux-mêmes avec leur traitement, comme le patient Parkinsonien, il était quand même âgé. Il aurait dû être encadré dès le départ."*

L'expérience des infirmiers a permis de vérifier à plusieurs reprises que le sevrage en morphine était possible

E10. *"Une petite de 14 ans qui a avalé du Destop. Je vous épargne les détails. Ils l'ont mise sous morphine. Elle s'en rappelle, elle en parle. Aujourd'hui elle n'est plus sous morphine. Elle ne recherche pas forcément ça"*

E14. "*On a des patients chez qui on a arrêté la morphine, donc pour moi c'est pas quelque chose: "on commence la morphine, c'est finit, on ne pourra plus l'arrêter ". Non pas du tout," "Moi je n'y crois pas, on en a toujours parlé... On arrive à sevrer les gens! Bien sûr, on y arrive !"*

E15. "*Après la dépendance on arrive à se sevrer de tout, donc si besoin il faut y aller. Non c'est pas quelque chose qui me fait peur"*

Les infirmiers rapportent la peur d'être drogué chez les patients.

E4. "*Le retour que j'ai, c'est si je prends de la morphine, ça va m'ensuquer, je vais être drogué... Je ne vais plus savoir ce que je fais." "Non, au contraire, je trouve les gens très prudents. Ils en ont peur. En général quand on leur parle de morphine, ils pensent danger. Ils ont peur d'être drogués."*

E11. " *Oui il y a des résistances encore sur les notions de toxicomanie, de dépendance. C'est la drogue qu'on donne... L'emploi du mot est important, c'est pratiquement une drogue compassionnelle."*

La confusion entre morphine et héroïne demeure encore récurrente.
E8. *"Ba c'est plus dans mon éducation, la morphine c'est.. oui c'est l'héroïne, ce qu'on peut entendre à l'école ou même avec les parents. Quand on est ado. Oui c'est ça l'image."*

3.2. L'Accoutumance

L'image de l'accoutumance associée aux opioïdes persiste dans l'esprit des infirmiers.
E1. "*Les deux oui, l'accoutumance et la douleur qui augmentaient, comme si à force comme n'importe quel antalgique, au bout d'un moment ça ne calme plus assez bien la douleur."*

Certains rattachent cette image à leurs propres expériences avec les antalgiques simples
E15. "*Moi je pense vraiment qu'il y a une accoutumance, après c'est peut être une fausse idée reçue, mais moi j'étais une migraineuse, j'ai pris des médicaments, et au bout d'un moment ça ne faisait plus rien, j'étais obligée de changer de molécule..."*

En approfondissant, ils admettent et critiquent volontiers qu'il est difficile de savoir si l'augmentation des doses est liée à l'accoutumance ou à une évolution de la maladie.
E11. "*Alors je ne sais pas si c'est simplement une accoutumance au produit ou... Pour l'instant je ne l'ai vu qu'avec une progression de la maladie donc une augmentation de la douleur liée à la maladie. Accoutumance même sans progression de la maladie, dans ce cas là, je ne suis pas capable de répondre."*
E14. Malgré une longue expérience en SP *: "Mais je ne peux pas vous le dire ça, je ne peux pas juger si c'est de l'accoutumance ou de l'évolution de la maladie."*

3.3. Les opioïdes forts associés à la mort et aux maladies graves

La peur de la mort est toujours prégnante chez les patients ou les familles
E9. "*Qu'on fait mourir la personne! Pour eux voilà, ils ont peur de la mort."*
E12. "*C'est ça. Les familles pareil, elles ont l'image de la morphine à la mort."*

Il en est de même chez certains infirmiers.

E9. "*Je ne vois pas d'inconvénients. Mais y en a, à qui ça gène. Qu'on fait mourir la personne! Pour eux voilà, ils ont peur de la mort."*

E11. *" Je sais qu'il y avait des ressentis autour des morphiniques et il y en a encore. Les morphines qu'on donne aux mourants"*

Un contexte empirique qui engendre une généralisation théorique

E12. "*Ba y en a beaucoup qui disent que la morphine c'est la mort. C'est sûr qu'on lui a mis la veille, le lendemain elle est morte, donc ça n'a pas amélioré l'image."*

L'image des maladies graves est encore ancrée chez les patients même elle est en voie d'amélioration.

E3. " *C'était l'époque où on la mettait quand y avait plus rien à faire donc les gens l'assimilaient... Maintenant c'est plus rentré dans les m... C'est différent"*

E7." *C'est surtout que si j'ai de la morphine, c'est ... Ba c'est que je dois avoir mal quelque part! (rire)"* (sous entendu une maladie grave)

E11.*"La personne qui me dit "Ah oui, si c'est morphine, c'est que c'est très très douloureux!" Avant de me dire que c'est très douloureux, c'est encore un peu : "c'est une maladie qui va mal finir." Mais je le vois moins."*

3.4. Le rôle ambivalent de la morphine en fin de vie : entre soulagement et accélération de la mort

3.4.1 La conscience du double effet

E8." *Même si dans ma tête je sais qu'il y a un **2e effet**, je sais ce que je suis en train de faire, mais je préfère garder dans ma tête : je vais lui faire du bien".* - C'est quoi le 2e effet pour vous*?- "Ah ba comme on dit, **c'est pour prendre le virage"***

E14. " *On est sur la notion de **double effet**. Donc on a quelqu'un de très fragile, qui est très inconfortable, qui est à un moment d'aggravation ou qui peut être amené à décéder rapidement, on va lui faire de la morphine, car on le sent très inconfortable. Et évidemment quand on injecte, même si c'est une petite dose, **on va avoir cette pensée."***

Entre soulagement et forme d'euthanasie du patient, la frontière peut se révéler plus complexe qu'il n'y paraît. Cette porosité entre ces conséquences engendre des difficultés certaines pour les infirmiers.

3.4.2. L'accélération de la fin de vie : un effet redouté

La simple injection de morphine peut être vécue difficilement parfois
E1. "*Oui un patient en fin de vie. Comme on lui a branché la morphine en IV, 2h après il était limite inconscient." "Mais c'est sûr qu'il était calme, plus agressif ni rien, mais c'est brutal en fait."*

La prise de décision peut-être une source de culpabilité pour la famille
E11. *"La famille, à travers des considérations religieuses et humanistes, "est ce que ça va raccourcir"? Est-ce que nous famille, on décide, c'est pas trop de mettre la morphine, il y en avait déjà, mais de l'augmenter ou de l'endormir, est-ce que ça va raccourcir sa vie?"*
"Il y avait une ***culpabilité d'avoir peur de le tuer****. Est-ce qu'on le soulage ou est-ce qu'on le tue. Là il y a tout un dialogue à avoir,"*

3.4.3. L'accélération de la fin de vie : un effet parfois recherché

E9. *" La détresse respiratoire chez la personne âgée. C'est effet indésirable ou ce n'est pas effet indésirable quoi ! Le problème est là! Suivant ce qu'on veut et pourquoi on l'utilise ! Faut pas venir me dire après..."*
E6. "*Ce n'est pas la morphine qui raccourcie la vie, pour nous la morphine permet au patient d'être plus confortable" "Après, tout dépend comment vous l'utilisez et avec quoi..."*

Certains soignants aimeraient accélérer le processus de fin de vie, alors que d'autres s'en offusquent
E2." *Et I. elle disait "mais on a qu'à mettre un patch de 100, comme ça..." " Je me disais mais non la morphine c'est pas fait pour ça"*
E8." *Non je n'irai pas majorer, je n'irai pas demander une majoration au médecin, car moi je trouve que la personne est confortable. Parce que toi ça te dérange, et tu sais que si je*

majore, ça va accélérer le processus. Non, à un moment donné, on est là pour accompagner, on n'est pas là pour..."

C'est parfois une demande répétée de la part des familles, voire des patients
E3. "*Parfois ils nous demandent par contre que ça aille plus vite, oui c'est arrivé 3-4 fois depuis le début de l'année... Ils arrivent et nous demandent quand est ce qu'on fait l'injection"*

Pour les proches des infirmiers également
E15*." Moi pour ma grand-mère, si j'avais pu, s'il n'y avait pas eu de conflits avec la famille, je pense que j'aurais accéléré les choses. A un moment on ne veut plus voir souffrir les personnes."*

3.5. La dépression respiratoire

La nécessité d'être vigilant afin de trouver le bon équilibre
E3." *Oui on a une patiente actuellement en insuffisance respiratoire, donc c'est un peu compliqué, on tâtonne, On lui fait une dose, puis on a été obligé plusieurs fois de faire du Narcan®, on cherche le bon équilibre."*
"On a eu une patiente avec la maladie de Charcot, donc on a la morphine mais il ne faut pas en abuser, il faut jongler. On a eu quelques fois deux petits milligrammes en SC et "Youppp" allez hop chariot Narcan®"
E5. *"Des fois ils désaturent, on les met sous Oxygène, mais c'est parce qu'on fait souvent des titrations de morphine, donc quand on arrive à 6-8-10 mg, on commence à voir qu'ils désaturent mais pas toujours."*

Ce qui nécessite quelques précautions et certains réflexes
E8. "*même en tant qu'AS, on va sortir les lunettes d'oxygène et la feuille de surveillance... Moi je sais faire attention. Quand j'ai des étudiants IDE, c'est souvent un paramètre qu'ils oublient dans leur surveillance."*

Les opioïdes forts peuvent également à l'inverse avoir un effet positif sur la respiration
E14. " *Mais on peut aussi avoir des améliorations avec des très faibles doses sur des insuffisances respiratoires, sur des détresses respiratoires"*

3.6. La sécurité d'emploi

Le cadre très sécurisé peut être une source d'appréhension

E8. " *forcément là on va manipuler de la morphine qui est quelque chose qui est enfermée dans un tiroir, qui est comptée et hyper surveillée, donc oui il y a une appréhension à manipuler cette mini ampoule*."

4. L'équilibre recherché

4.1 Recherche de l'équilibre le plus juste

E10." *Non moi je cherche l'équilibre. Je n'ai pas peur de la morphine. Je cherche le meilleur équilibre possible entre la douleur et les effets secondaires. Donc on va jouer en même temps sur la constipation, les nausées en parallèle. Il faut éviter qu'ils soient trop somnolents sinon ils ne s'alimentent plus et pour l'équilibre général, c'est pas bon non plus"*

E11. "*C'est toujours l'équilibre entre somnolence, conscience et confort d'utilisation qui fait que c'est un petit peu délicat. Ca ne sert à rien d'assommer si on est déjà efficace. Ou alors si on est plus assez efficace et que ça assomme"*

" Quand la constipation commence à être plus compliquée, quand il y a un globe vésical qui nécessite un sondage. Ba forcément on se pose plein de questions et c'est le patient qui sera toujours en train de nous dire : ***"ça je peux tolérer, et ça je ne peux pas tolérer"***

" Je me sentirais mauvais professionnel et mal dans ma peau si je n'administrais pas assez d'antalgiques par peur des effets secondaires. Les effets secondaires, ils sont connus, on peut faire certaines choses, d'une manière assez préventive et efficace."

4.2 La priorité: ne pas laisser souffrir les patients, être dans le confort

E7. "*Tout dépend de ça après. Ca nous arrive d'accepter de laisser un patient en surdosage pour qu'il soit soulagé au niveau de la douleur. On sait quel est le devenir du patient. On en a discuté avec lui et la famille."*

E11. " *Ma pratique c'est que tant que qu'il est conscient, c'est de savoir comment il va. Est-ce qu'il est soulagé ? C'est la priorité."*

E12. " *Après les effets secondaires on peut toujours les contrôler, donc je préfère que le patient soit soulagé même s'il peut avoir des effets secondaires."*
E16*." La douleur c'est vraiment la priorité en chirurgie. Et tant pis s'il y a des effets secondaires, on y fait face tous les jours."*

4.3. Le risque de basculer dans l'inconfort avec les effets indésirables

E7. "*C'est de basculer dans des effets secondaires qui finalement rajoutent de l'inconfort au but qui était justement de rechercher du confort."*
E11. *" Ensuite quelle est la force des effets secondaires et comment on arrive à pallier à ça ou pas ?" " Après c'est un peu plus compliqué quand c'est les nausées. Les nausées au quotidien, c'est vraiment lourd. Et les nausées vomissements peuvent être aussi épuisants que la douleur."*
La constipation, même si elle parait peu importante et facilement traitable, est également un effet secondaire qui pèse chez certains patients et d'autant plus chez ceux qui ne souhaitent pas prendre de laxatifs quotidiennement, soit par dégoût, soit par peur d'avoir des diarrhées en sortant de leur domicile. (E11)

Au delà des simples effets indésirables, le risque peut être d'altérer la qualité de vie
E10." *Il faut éviter qu'ils soient trop somnolents sinon ils ne s'alimentent plus et pour l'équilibre général, c'est pas bon non plus"*

4.4. On ne peut jamais savoir comment on va réagir face à une expérience intense

Devant des situations extrêmes, l'équilibre qu'on jugeait adapté peut parfois basculer dans un sens ou l'autre face à nos peurs
E14. "*Alors moi j'ai appris quelque chose, c'est qu'on ne peut jamais savoir comment on va réagir. Surtout à la maladie grave, surtout à la douleur et honnêtement je sais qu'on ne sait pas, je vais vous dire ce que je pense, mais est-ce que c'est ce que je ferais? Je pense qu'on ne connait pas notre résistance à la douleur et notre résistance quand on a peur.*
Car ça va dépendre d'où vient la douleur. Si on sait qu'elle va être calmée, elle est insupportable mais elle ne fait pas peur. Si demain j'ai une douleur sur une pathologie cancéreuse, j'aurai peur."

4.5. Adapter les doses de morphines pour soi

La réaction des infirmières face à la possibilité d'adapter leurs doses d'opioïdes est très variée:

E2. "*Je pense que je ferais ce que je veux..."*
E3. *"Je reverrais avec le médecin pour adapter les doses."*
E6. " J*e ne pense pas qu'on joue avec ce genre de produit"*
E7. "*Si je n'ai pas mal, je ne prendrais pas le traitement"*
E9. "*Je suivrais scrupuleusement la prescription."*
E13. "*J'adapterais les doses oui"*

4.6. Un équilibre source d'autonomie et de qualité de vie

E7. "*Donc quand c'est bien toléré, ça améliore beaucoup la qualité de vie et le confort des patients"*
E13." *Alors à l'hosto, il ne voulait pas la Morphine. Parce qu'en fait il disait que ça le faisait halluciner. Et là qu'il est à domicile, par contre il la réclame, malgré les effets secondaires. Mais en fait, comme il est seul, que sa femme continue de travailler, le fait d'avoir la Morphine, ça le rassure, car il n'a plus mal et* ***il peut se débrouiller.****"*
E15. *" Grand-mère : "il faut absolument lui mettre de la morphine, car du coup elle est en train de se grabatiser. Elle est dans son fauteuil, elle ne bouge plus, elle hurle quand elle se lève".*

Sans morphine : E15. *"Je ne peux pas continuer comme ça, je ne peux pas faire pipi au bassin, non ce n'est pas possible!"*

II/ LE VECU ET LA GESTION DES OPIOÏDES FORTS

1. Le vécu

1.1. Le Vécu personnel des opioïdes

Une expérience intense mais **ambivalente**

E1. "*J'ai eu deux jours de ma vie que j'ai oubliés" - "les nausées c'était horrible"*

Mais en même temps : ***"après t'as plus mal"***

E8." *Quand j'étais enceinte, j'ai eu du Nubain®. Mais l'IDE a été un peu rapide sur le débit, j'ai été très très mal. J'ai demandé à ma mère pourquoi elle avait la tête en bas et les pieds en l'air. Voilà ... ça été catastrophique. Je me suis même urinée dessus..."* mais elle en reprendrait si nécessaire sous conditions d'y aller plus progressivement.

E15. " *Je n'ai pas bien supporté. **Alors oui je n'avais plus mal mais j'ai mal supporté**."*

1.2. Le vécu de leurs proches sous opioïdes

Le vécu réconfortant d'une fin de vie grâce aux opioïdes

E6. "*Partir tout doucement sans douleur". "Confortable, paisible et non algique"*

E9." *j'ai vécu, je vais partir, c'était sa volonté".* A sa maman: *"tu sais il vaut mieux qu'il arrête là de respirer que... de souffrir."*

Les infirmiers et le vécu difficile de voir souffrir un être cher.

E15. Sa grand-mère. 96 ans. Fracture du fémur non opérable. *"Alors ça a été un combat. Elle est dans son fauteuil, elle ne bouge plus, elle a mal, elle hurle quand elle se lève. Ce n'est pas possible". "Et personne ne voulait lui donner de la morphine. Mais moi je ne peux pas laisser ma grand-mère souffrir"*

Ils peuvent ainsi être amenés à expliquer eux-mêmes à leur famille le rôle de la morphine.

E12. Sa grand-mère en fin de vie: *"Que ça ne servait pas à accélérer, mais que c'était pour son confort. Vu qu'elle demandait à partir, qu'elle en avait marre d'être là, ça été bien pris par l'entourage."*

Mais une expérience d'effets secondaires trop intense peut amener à une décision radicale
E8. "*2ème effet kiscool" ... "constipation, nausées" ... "pas bien"... "**Elle a donc arrêté**"*

De même, une infirmière a fait part de sa peur déraisonnée de la morphine parce que sa mère ne la supportait ! (E10)

1.3. L'influence des expériences

Comme on a pu le voir, les mauvaises expériences concernant les effets indésirables n'incitent pas certains infirmiers à vouloir reprendre de la morphine. Au contraire quelques infirmiers ayant eu de mauvaises expériences avec la douleur ne souhaiteraient pas revivre cela :
E11."*Je préfère être correctement soulagé de ma douleur au prix de quelques effets secondaires, que de serrer les dents comme je l'ai fait à l'hôpital il y a quelques années."*

La pratique et l'expérience permettent de gagner en assurance et sérénité.
E11. "*On va nous montrer toutes les affaires juridiques qui ont pu se passer. Et on ne veut pas que ce soit nous, et c'est normal. Et puis avec la pratique et l'expérience, on s'aperçoit qu'il n'y a pas de raison de diaboliser. Oui il faut faire attention mais comme tout. C'est un outil très intéressant, puissant mais très intéressant.."*

Cela permet également de gommer les idées reçues
E12 *"C'est vrai que moi quand je posais la Morphine® et l'Hypnovel®, je pensais que c'était pour accélérer. Après au fur et à mesure de mon exercice, et de mon rapprochement avec les soins palliatifs, je me suis rendu compte que ce n'était pas ça. Mais au début..."*

Cela explique l'appréhension des infirmiers manquant d'expérience
E14. Nouvelle équipe en soins palliatifs : *"Alors les IDE, de par leur passage soit au domicile soit en chirurgie, avaient manipulé la morphine, ce n'était pas étranger pour elles, mais voilà, il y avait... il y a eu un temps de réflexion."*

2. La gestion des opioïdes

2.1. Evaluation et surveillance

2.1.1. Rôle central

A travers les nombreux thèmes abordés, on constate que l'évaluation par les infirmiers de la douleur, de l'efficacité et de la tolérance est essentielle pour une prise en charge efficiente:
E3. " On évalue, on réévalue, on en discute avec le médecin. C'est réajusté."
E9. *"Mais c'est vrai que je leur demande toujours si ça va, si la douleur passe. Je vais chercher à savoir à quel niveau de douleur ils sont, pour voir un peu si on peut faire mieux ou baisser le traitement."*
E11.*"Mon rôle c'est de dire "le patient n'est pas confortable, il est douloureux, qu'est-ce qu'on peut faire ?"*

Mon rôle c'est également d'alerter : E11. "*Quand une personne déclare avoir un niveau de douleur qui dépasse 4, j'en parle au médecin. Je pense que c'est le niveau d'alerte"*

2.1.2. Utilisation des échelles

Trois échelles sont principalement utilisées :

- L'échelle numérique (E1, E10, E11) : qui fait un peu débat entre ceux qui la trouvent trop subjective ou E7*:" qui gonfle les patients "* ou encore pas assez précise.
  D'autres, au contraire, l'apprécient et considèrent que couplée à une bonne connaissance du patient, cette échelle permet d'avoir un bon reflet de la douleur du patient.
  E10. *" Mais celle-ci, elle fonctionne bien. D'autant plus quand on les connait bien et qu'on se fait confiance."*
  E11." *La plupart du temps, les patients sont encore capables de nous dire, donc c'est l'échelle numérique que nous utilisons."*
- L'échelle verbale simple (E3, E7, E8) pour ceux qui peuvent également répondre mais ont plus de difficultés à être précis
- L'algoplus: très utilisée pour les patients non communicants ou avec des troubles cognitifs (E3, E7, E8)

Un infirmier nous a également spécifié l'échelle comportementale pour les personnes âgées (ECPA) comme alternative à l'algoplus.
E8. *" l'ECPA c'est quand ils sont en soins palliatifs et là c'est nous qui les évaluons*" (Avant les soins et pendant les soins).

Certains n'utilisent pas d'échelles mais utilisent les mêmes codes, en fonction du comportement, du faciès, des gémissements ou de la réaction du corps.
E6. *" Non, ici on n'utilise pas les échelles, vus les troubles cognitifs... On analyse le comportement du patient"*
E8. *"Quand ils se lèvent et gémissent... Voilà il y a des petites choses qui nous orientent"*
E17. " Elle réagissait en fait ... au niveau du faciès, quand on la bougeait, ou alors quand j'ai été obligé de la perfuser, donc je voyais qu'elle avait le bassin en arrière, donc elle ressentait quand même la douleur."

Grâce à une relation de confiance instaurée au fil des jours, le simple discours du patient est aussi un très bon indicateur de la douleur:
E4. *" S'il y a un discours ambivalent, qu'il n'y avait pas auparavant, il y a des petits signes qui vont nous alerter.* ***On les connait****. "*

2.1.3. Le manque d'évaluation et de transmissions

Parfois les mauvaises habitudes semblent ancrées, malgré les connaissances. Certains revendiquent une amélioration des pratiques, mais ne le font pas pour autant.
E2:" Enfin ce qui est mal fait dans les services, c'est l'évaluation de la douleur. Ici, on n'évalue pas forcément" ... "C'est vrai qu'il faudrait que je l'évalue tous les jours. Et oui... "
E9 : " Ici je trouve que l'évaluation elle n'est pas faite. Puis on n'a pas un suivi pour réadapter le traitement."

Les transmissions ne sont pas toujours faites ou vues par le médecin.
E2*." Je ne suis pas sûr que le médecin regarde mes évaluations de la douleur".*

Par conséquent, parfois les situations laissent à penser que le médecin prescrit de la morphine sans évaluation suffisante.

E2. "*Et je trouve aussi des fois qu'on prescrit la morphine facilement... Je trouve que c'est un peu banalisé. Lors des visites médicales, on vous dit que le patient il a mal. "Il a vraiment très mal? Ah ba alors on va lui mettre de la morphine." "*

2.1.4. Evaluer pour affiner le traitement

Parce qu'il n'existe aucune règle pour avoir le dosage parfait immédiatement, l'évaluation reste l'élément clé, afin d'adapter au mieux le traitement.
E12. *" C'est de voir si les dosages sont adaptés, si les bolus sont adaptés. Si c'est fait au bon moment, si les délais d'actions sont respectés."*

Pour cela, un outil souvent utilisé est la surveillance précise du nombre de prises d'interdoses:
E11. La PCA : *"Et c'est un outil utile, car une personne qui n'utilise aucun bolus, on va se demander si elle est correctement soulagée et une personne qui utilise tous ses bolus, on va lui demander si elle n'est plus assez soulagée pour que vous les fassiez tous. Et j'ai rarement vu des patients qui appuient par jeu."*
E14. *"Ensuite on a un suivi. Tout est noté, la description de la douleur, le nombre d'interdoses, et l'évaluation. Et les médecins journalièrement, regardent le nombre d'interdoses et vont réajuster les doses de 24h en fonction de ça."*
"Après c'est comment le médecin l'utilise. Je pense que pour ça, il y a une ***finesse d'utilisation****. Par rapport à l'état de la personne, par rapport au type de douleur, à la situation"*

L'utilisation des **rotations** permet d'améliorer la tolérance
E14." *Souvent on a des gens qui arrivent avec de l'Oxynorm® de l'hôpital, et nous à un moment donné, on bascule sur la morphine, et c'est supporté."*

2.1.5. L'évaluation du type de douleur

L'évaluation est primordiale pour adapter le traitement au type de douleur
E2." *Par exemple il y a des douleurs neuropathiques, alors peut être qu'on évalue mal. Je sais qu'il existe des échelles pour évaluer les douleurs neuropathiques."*
E11. "*Pas de pathologie type, en revanche utiliser un antalgique adapté à la douleur, selon l'évaluation de la douleur"*

2.1.6. Evaluation Globale ou "Total pain"

Il ne s'agit pas seulement d'évaluer une douleur en un instant T, mais bien de prendre en compte le patient dans sa globalité : physique, émotionnelle, sociale et spirituelle.
E6. "*Oui il y a toujours un risque. Il faut prendre beaucoup de points en compte. La pathologie, l'âge, le poids, la douleur, le palier de la douleur, oui il y a toujours un risque."*
E11. *" Et après on voit, pareil, toutes les questions de somnolence, de risque de chute, le transit... le poids. Des personnes qui ont des nausées, plus d'appétit, qui n'arrivent plus à s'alimenter, il va falloir se demander comment on fait?"*
"Il y a vraiment besoin de réévaluer la situation, de savoir ce qu'on fait, de réévaluer l'avenir de la personne, si elle reste à domicile ou pas. Après il y a des choses multiples mais..."

Comme nous l'avons vu précédemment, l'évaluation de l'**anxiété** est prépondérante.

Pour procéder à cette évaluation globale du patient, certains utilisent des feuilles de traçabilité:
E4." *Nous on utilise une feuille de traçabilité systématiquement pour tous les patients, sur laquelle on note la douleur, les médicaments, les paramètres vitaux, les selles, la diurèse. On connait bien nos patients."*

2.1.7. Le rythme de surveillance

En situation d'urgence, la surveillance devient nécessairement plus rigoureuse et rapprochée:
E5.*" on revient très très régulièrement pour prendre le pouls, la tension, la sat"*

Le temps pour l'évaluation est parfois difficile à trouver. Généralement, il se fait à chaque visite, ou lors des soins de pansement, lors des toilettes par les aides-soignantes, ou encore lorsque les patients appellent.

On peut noter la mise en place d'une surveillance régulière mais pas forcément systématique, ni organisée:
E6.*" Toujours pendant les soins, soit pendant un soin de pansement soit pendant la toilette. C'est très très souvent."*

E8. " Toujours une évaluation qui est faite régulièrement... ***quand on passe****"*
E9. " Après je passe, pour demander si ça va mieux. ***J'essaie de suivre un peu les choses****."*

Pour certains infirmiers, il s'agira de vérifier une à deux heures après l'administration du traitement. Pour d'autres, le contrôle s'effectuera uniquement si on les rappelle.

2.1.8. Toute douleur est entendable

Les infirmiers se montrent ouverts et à l'écoute de tout type de plainte de douleurs de la part du patient.
E14. "*Nous dans notre service, bien évidemment, toute douleur est entendable, quelle qu'elle soit. Même si cliniquement on ne la voit pas, on a des gens qui nous le disent, qu'ils ont mal, "mais bon j'ai pas l'impression, elle bouge"... Toute douleur est entendable. Le patient dit qu'il a mal, il a mal, où que ce soit. Donc on doit être attentif à toute douleur, donc ça chez nous c'est évident. Après je pense, que dans des services, peut être plus général, ça va jouer, pas toute douleur est entendable"*

Ces derniers se méfient seulement que le patient n'utilise pas la plainte de la douleur pour satisfaire un manque.
E15. " *Et des fois c'est compliqué, parce qu'on nous dit qu'il ne faut pas juger la douleur d'un patient, et que s'il a mal, il faut lui donner. Et que c'est comme ça. Mais en même temps chez ces patients là, on se demande si c'est pour une douleur ou s'ils sont en manque! Parfois c'est un peu plus délicat."*

2.1.9. La douleur zéro n'existe pas

Les infirmiers ont conscience de la limite thérapeutique de tout traitement par opioïdes:
E14. Malgré la demande des patients : *"On sait que vous avez les moyens". " Nous, on travaille beaucoup en expliquant aux patients que la douleur zéro n'existe pas. Malgré tout ce qu'on peut donner. Ca n'existe pas. A part de sédater quelqu'un, et encore on ne sait même pas s'ils ne ressentent pas!"*

2.2. Le manque de Temps

2.2.1. Le temps à accorder aux patients

Les patients sous opioïdes nécessitent souvent plus de temps, par conséquent les infirmiers n'ont d'autre choix que d'essayer **de s'adapter**

E1. " *Non, on s'adapte, s'il y a besoin de plus, on reste plus. On adapte la tournée en fonction et les autres patients sont au courant qu'on a quelqu'un en fin de vie*".

E11." *Si on prend un patient plus lourd, il faut qu'on soit capable de lui dédier plus de temps"*

Parfois l'adaptation nécessite de réorganiser les habitudes des services, quitte à changer le type de prescriptions pour gagner du temps.

E16." *On est un infirmier pour 18 patients... Donc ça se fait de moins en moins souvent les prescriptions IV. On a de plus en plus recours au per os, Oxycodone "*

Parfois les infirmiers font preuve d'imagination pour ne pas être dérangés

E15."*Oui c'est un énorme problème, là limite, je suis prête à aller faire ma PCA aux chiottes pour être tranquille!"*

En libéral, il arrive de devoir décaler des toilettes dans l'après-midi, pour commencer les tournées par le plus urgent (E13).

La plupart des infirmiers dénoncent donc ce manque de temps. Ils ont l'impression de ne traiter que les urgences, **sans traiter l'humain.**

E8. " *Non c'est le temps. Il y a trop de choses à faire, trop d'administratif. Moi je le vois, je passe plus de temps derrière mon ordinateur qu'au lit du patient. Quand je peux m'asseoir sur le lit d'un patient et discuter avec lui, c'est le truc que... voilà."*

L'exception demeure seulement dans certains services encore dédiés (E3, E14). Cependant, ces services spécifiques ont une capacité d'accueil souvent très limitée. Au surplus, l'image des soins palliatifs reste délicate.

E15.*" et le problème, c'est qu'on ne peut pas dire palliatif par rapport aux patients. Enfin c'est compliqué."*

2.2.2. La Disponibilité

En dépit des difficultés de temps qui viennent d'être développées, les infirmiers mettent tout en œuvre pour se rendre disponibles.

E10*." On commence un peu plus tôt, on finit un peu plus tard, on pousse un peu à droite un peu à gauche. Des fois on est rappelé le soir. Des fois on demande à une collègue. Des fois on y va alors qu'on ne travaille pas. On y arrive toujours*."

E17. " *C'est pour ça que je garde un périmètre de travail proche pour pouvoir me déplacer si besoin."*

Même si cela est parfois compliqué:

E1. " *On fait comme on peut, on va le plus vite possible*"

E10. *" Je ne sais pas comment on fait mais on se débrouille toujours pour être disponible!"*

Les infirmiers répondent présents quand il le faut, et se montrent même disponibles la nuit dans le cadre de l'HAD.

E11. *" Alors pour les maisons de retraite avec qui on travaille beaucoup, ils nous appellent souvent pour une HAD. Et ça nous arrive d'y aller la nuit."*

Ils estiment cette disponibilité nécessaire car ils sont souvent la personne la plus à même d'intervenir :

E11." *Comme on est souvent la personne qu'ils voient le plus souvent, la personne ressource, c'est le réflexe d'appeler l'IDE".*

Ils considèrent qu'il en va de leur **responsabilité.**

E11. " *C'est une obligation. Faut être cohérent avec son métier et avec la qualité des soins que l'on veut mettre en place*"

13. *" En ville c'est ta responsabilité. Donc tu vas tout mettre en œuvre, tu te débrouilles."*

2.3. Administration

2.3.1. Habitudes lors de l'instauration de la morphine

Une partie des infirmiers n'adopte pas forcément d'habitudes spécifiques quant à la morphine, en dehors de la surveillance et de l'évaluation de la douleur.
E6." *Oui, enfin pour ma part l'explication reste un peu brève"*

Certains, tiennent à réaliser néanmoins une éducation préalable :
E13 "*Ca c'est sûr car sinon après ils vont s'inquiéter. Ils vont s'angoisser et après ils vont appeler. Que là ils sont au courant. Voilà. Par contre on le fait systématiquement.* ***Jamais on te colle un patch et on se barre****! (rire). C'est impossible"*

Pour le patient mais aussi pour l'entourage :
E7. *"Voilà, après si on met de la morphine et qu'il n'y a plus de communication possible, c'est sûr que..."* Donc *"on est toujours dans le dialogue" ..."c'est beaucoup: rassurer et aider."*

Cette information préalable semble nécessaire, en particulier pour les patients qui n'osent pas déranger leur médecin ou leur infirmier.
E4. "*Ah oui je le fait. Je vais quand même faire cette éducation. Car le patient peut lui même ressentir des effets, sans forcément en parler."*

Les habitudes consistent aussi à avoir le réflexe d'anticiper l'administration d'une interdose avant une phase douloureuse :
E3.*" Il y a des patients, on le sait, c'est les bolus avant les soins, donc on attend le temps qu'il faut pour qu'ils soient soulagés"*

Le premier soignant à devoir donner une explication reste le médecin. Ce qui est possible en service de soins palliatifs, moins dans les autres services et encore moins en ville, c'est de pouvoir assister à l'éducation faite par le médecin. L'idée étant ensuite de le réexpliquer au patient.
E14.*"On va soutenir toujours ce qui a été expliqué par notre médecin, et le réexpliquer"*.

Mais aussi parce que :E11 *" On sait très bien que le patient va revenir vers nous pour se faire réexpliquer les choses.* ***Parce qu'on peut l'entendre mais pas le comprendre"***

2.3.2. Hiérarchie Palier I / III et interdoses

On ressent chez les infirmiers une certaine appréhension à administrer les opioïdes forts, car lorsqu'ils ont le choix entre le paracétamol ou l'interdose morphinique, très souvent :
E4.*" on va débuter par un palier I puis on monte en fonction de la prescription. On va toujours dans le sens de monter."*
E6.*" Donc le doliprane® est assez souvent présent. Et la morphine reste de toute manière en dernière solution" "Je ne vais pas donner de l'Actiskenan® pour une* ***fracture du Fémur****."*
E13." *Alors moi je sauve la vie avec un Doliprane®! (rire). D'ailleurs on m'appelle Doliprane®. On m'a même offert un bracelet !! (rire). Moi je commence toujours par un Doliprane®. Si après la douleur ne passe pas, à ce moment là, j'augmente. Moi c'est ça."*

D'autres préfèrent se fier uniquement au médecin :
E2.*" Oh ça je ne sais pas trop. C'est le médecin qui prescrit."*
E6. " Je préfère en parler au médecin avant."

Certains prennent des initiatives. Ils font en sorte de très bien connaitre leur patient et refusent de les voir souffrir.
E*11." Les nouvelles générations comprennent bien que c'est plus facile d'empêcher une douleur de s'installer que de courir après"* .
E3. " *On leur pose la question car des fois ils n'y pensent pas. Après on en discute tous ensemble tous les jours pour bien connaitre chaque patient et savoir à quel moment il faut donner chaque traitement."*

Ainsi, certains n'hésitent pas selon l'évaluation de la douleur à administrer directement les opioïdes :
E5. Et si la douleur est supérieure à 8? *"Moi j'associe les paliers I et III systématiquement dans ces cas là."*
E9."*L'Actiskenan®. Disons qu'il ne faut pas avoir peur! (rire). Moi je ne vois pas pourquoi je me gênerais si le médecin a prescrit un truc. J'ai une totale confiance".*

Toutefois, lorsque les situations sont très complexes et les patients fragiles, comme en soins palliatifs, les infirmiers préfèrent en général se limiter dans leurs initiatives et se référencer uniquement aux prescriptions du médecin.
E14. *"Parce que nous, on est en capacité, on comprend, on écoute, on surveille... Mais le médecin a un dossier. Au niveau des douleurs, il y a des choses au delà de ce que nous on retient ou on comprend, et donc pour moi c'est très important de suivre ce qui a été dit par le médecin."*

Ainsi ils peuvent prendre l'initiative d'avancer une interdose de 1h mais au-delà c'est avec l'accord du médecin. Sinon suivre: E14. "*l'ordre paracétamol, profenid® et morphine."*

2.3.3. L'adaptation des doses morphiniques à la propre initiative des infirmiers

Dans la plupart des cas, les infirmiers respectent scrupuleusement les prescriptions ou essaient de joindre le médecin.
E9." *J'essaierai toujours d'avoir un avis médical"*
Quitte à : E13.*"Sinon on appelle le SAMU."*

D'autres n'osent pas prendre d'initiatives : E2."*Donc c'est pas moi la petite infirmière, qui vais dire, allez j'ai eu la formation en soins palliatifs, on va révolutionner la terre et on va faire comme ça parce que c'est bien ! "*

Mais parfois : E10." *ça dépend de la relation avec le médecin. Donc ça m'arrive de faire un peu à mon idée."*

La plupart n'hésitent pas à diminuer les doses ou retirer les patchs si c'est nécessaire :
E2." *si mon patient est inconscient ou s'il ne va pas bien, c'est sûr que je ne vais peut-être pas lui donner."*

Il se peut que l'infirmier prenne des initiatives voire des risques lorsqu'il se retrouve seul, dans une situation compliquée :

E15. *"Entre temps j'ai pris sur moi, j'ai fait ce qu'il fallait. J'ai fait des bolus en plus. L'hypnovel®, j'ai petit à petit augmenté les doses. Mais il y a toujours eu des conflits avec la famille, donc du coup oui, je prenais le risque... Mais moi je ne peux pas laisser ma grand mère souffrir"*

D'où l'importance de la bonne relation entre le médecin et l'infirmier. Plus la collaboration entre le médecin et l'infirmier est étroite, moins ce dernier sera confronté à prendre des risques.

2.3.4. Réaction vis-à-vis des effets secondaires

Les infirmiers n'hésitent que très rarement à en référer au médecin pour adapter le traitement à chaque patient.

E1.*" Il avait adapté le traitement en fonction, il avait baissé la morphine et mis autre chose."*

Ils n'hésitent pas non plus, en particulier pour la constipation, à donner des conseils tels que : renforcer les laxatifs, l'hydratation, l'apport de fibres. Et à examiner un minimum le patient pour alerter le médecin en cas de signes de gravité. (E4)

Il n'y a pas d'appréhensions verbalisées par rapport au médecin. Le patient prime et l'on se doit de trouver une solution.

E16. *" On va revoir le dosage du traitement avec le médecin, voire remplacer le traitement par un autre antalgique, un autre palier."*

Les infirmiers sont en effet impliqués auprès de leur patient pour abaisser les effets indésirables :

E15: *"On mettra tout ce qu'il faut pour alléger les effets secondaires, pour rassurer les patients."*

Y compris gérer le Narcan® en cas de surdosage, pour ne pas réveiller les douleurs du patient trop rapidement

E15. *" Ah ba quelle bonne idée de lui faire du Narcan® à la dame (rire)..."* A une autre infirmière: *"non non non, tu ne fais pas l'ampoule directe, car si on la réveille trop vite, elle va hurler!" " Donc oui on les connait, on les maitrise."* (les effets secondaires)

Parfois il leur arrive de demander aussi conseil au kinésithérapeute :

E16.*" On sollicite également la Kiné pour essayer de trouver des positions plus antalgiques... On le fait en équipe"*

2.3.5. Réaction en cas de situation compliquée ou si le médecin n'est pas joignable

La première réaction est simple : E1.*"J'appelle le docteur! Je le harcèle. "*
Il existe également la solution de E10. *" En premier, je contacte mes collègues infirmières"*.
En attendant, certains n'hésitent pas à utiliser les traitements à disposition, voire d'avancer les prises d'antalgiques avant de pouvoir joindre le médecin (E1).

L'hypothèse de ne pas pouvoir joindre le médecin représente tout de même un gros problème:
E4.*" C'est un gros problème. C'est un très très gros problème. Dans ces cas-là, le but est d'avoir à tout pris un avis médical. Sinon un confrère, au moins pour avoir un avis médical." "Tout dépend du degré d'urgence, de gravité,"* et si nécessité : *" on appelle le centre 15".*
E11.*" J'ai le 15 facile."*

Et parfois la réponse du médecin n'est pas toujours celle que l'on attend :
E15." *Mais ça dépend sur quel médecin on tombe, c'est toujours pareil! Des fois on a des internes qui nous disent, "tu veux que je lui prescrive combien de morphine?"- "Ah ba j'en sais rien (rire)!"*

D'autant plus compliqué à joindre les médecins, que depuis quelques années, les secrétariats téléphoniques se multiplient :
E13." *Et maintenant ils ont des plateformes! Et c'est une galère ! Elles sont loin, elles ne savent pas te répondre, elles ne connaissent pas les adresses. Ca ça m'énerve, tu peux pas t'imaginer!"*

Fort heureusement certains services sont bien organisés, avec un médecin toujours joignable, et des médecins à l'écoute.
E6. *"Donc non on rencontre très peu de situations compliquées."*

2.3.6. Erreurs médicales

Les erreurs médicales sont la hantise des infirmiers. On diabolise la morphine durant les études pour éviter toute erreur qui pourrait être fatale. Par conséquent quand les erreurs surviennent, il faut savoir réagir :

E14.*"Ca a été très dur. Surtout que la patiente est partie très vite ! 400 mg ! Elle est partie d'un coup ! Elle est partie d'un coup! Parce que des fois, quand il y a des erreurs comme ça, ils la tolèrent un peu, mais là elle est partie, avec une détresse respiratoire bien! Bien marquée. Et donc, elle a bien réagi, elle a réagi direct, elle est venue vite, le médecin est arrivé, on a pris le Narcan® et on a fait le Narcan®. On est resté près d'elle. On a attendu qu'elle sorte de là."*

Et parfois, se produisent des situations dramatiques:

E15. *"A Nord, on a eu des erreurs. On a eu une infirmière qui a injecté 50 mg en IVD. Elle a dit que c'était le médecin qui s'était trompé dans la prescription, et elle a modifié elle même la prescription. C'est parti au pénal. Le patient est mort! "*

"Elle n'a pas réagi?" - *"Ah non non non, elle n'a absolument pas réagi. Elle a juste dit que c'était le médecin qui s'était trompé lors de la prescription."*

2.4. L'évolution des mentalités

Les infirmiers de manière générale notent une vraie amélioration des mentalités ces dernières années, et ce à plusieurs niveaux :

Concernant les **peurs :**

E8. Peur de la morphine: *"Avant oui, maintenant non... car j'ai appris le pourquoi, comment l'utiliser, jusqu'à quelle dose on peut aller."*

E12. *"Au début de ma carrière oui, mais maintenant non. Je ne veux pas dire que je suis rassurée quand je l'utilise mais..."*

Concernant les **dosages**

E10. *" Je suis sûr aujourd'hui qu'il y a des dosages qui sont bien, qui sont bons. On ne balance plus n'importe comment. Oui je pense... que ça a évolué. On a bien plus affiné au niveau des doses."*

"Donc non je trouve qu'aujourd'hui c'est vachement mieux géré pour que justement les gens passent des caps difficiles. Et qu'il n'y ait pas de problème."

E11"*Je n'ai jamais vu d'accidents. Il parait que c'était fréquent à une époque, mais la formation et les protocoles ont tellement évolué que honnêtement, j'ai peut être été chanceux, mais j'en ai jamais vus"*

Il convient de relever l'expérience particulièrement intéressante d'une infirmière de l'ancienne génération :

E14. **De 85 à 95** *"Non en chirurgie, je ne l'ai jamais utilisé moi! Pourtant j'y suis restée assez longtemps." "Je l'ai vu apparaître en oncologie. Pas sur du 24h. Moi quand je l'ai utilisé en onco, c'est à dire dans les* ***années 96****, c'était en SC sur du 10 mg, des petites doses... mais on avait peur." "au début, c'était... on nous prescrivait de la morphine, ça voulait dire que la personne était foutue*!"

"Je l'ai vraiment utilisé de manière plus importante en soins palliatifs, sur les seringues électriques où on peut aller à des doses... Extraordinaires"

E14. **Evolution**: *"Plutôt positivement. Elles ont évolué avec une conscience de calmer les douleurs."*

" je pense qu'il y a une vraie conscience des équipes, de solliciter le médecin sur les douleurs" "Je pense que ça a vraiment évolué. Moi j'ai souvenir, voila il y a du Spasfon à passer, il y a ça à faire... Et entre, si la personne avait mal on répondait ***"attends là je ne peux rien faire****,* ***il faut attendre"*** C'était une fatalité

"Ce qui a évolué, c'est ***la demande****, "calmez le, je sais qu'on peut"!*

2.5. Un effet générationnel

La vision négative des opioïdes s'amenuise au fil des générations.

E11. *" Je sais qu'il y avait des ressentis autour des morphiniques et il y en a encore... en particulier sur les patients les plus âgés, peut être ceux qui ont encore souvenir de la 2e guerre mondiale" "Donc il y a encore des choses qui perdurent mais je crois que c'est un effet générationnel" " Je pense que ça va vraiment être la fin d'une génération, où la morphine faisait encore peur. Je l'espère en tout cas"*

E14 "*J'ai vraiment l'impression que c'est générationnel. Sur l'image de la morphine pour les personnes les plus âgées. Et que c'est associé pour ces gens là à la fin de vie. Mais j'ai l'impression que ça tend à se tarir."*
E15. *" Alors j'en ai vu sur de vieilles infirmières, mais c'était sur la perception de la douleur en fait. La morphine pour elles c'est pas le diable mais c'est le médicament de l'extrême, de la fin de la fin de la fin." " Elle a refusé de lui donner de la morphine." "Non c'est du cinéma!"*

Certains anciens infirmiers ne veulent pas perfuser
E17." *Non, après j'ai des collègues, tout ce qui est perfusion, pompe, elles ne font pas, parce qu'elles sont trop âgées"*

Les patients plus âgés ont tendance à vouloir également plus supporter la douleur et ne pas déranger le médecin :
E8.*"Alors les dernières générations, oui encore. "Oui ça va aller, je vais supporter". Ba non! Les plus jeunes, moins."*
E12." *Alors c'est beaucoup les anciennes générations, les personnes âgées.* ***Oui ils ne se plaignent pas****. Ils ne disent pas qu'ils ont mal.* ***Notre génération,*** *oui on est* ***plus plaintif****. Les anciennes non. Ou quand on voit qu'ils ont mal pendant des toilettes, qu'ils font "Aie Aie Aie", et qu'on leur demande s'ils ont mal, ils disent non!*

III/ INTERACTION DES INFIRMIERS AVEC LES PATIENTS, L'ENTOURAGE, ET LES MEDECINS

1. Les relations avec l'entourage et les patients

1.1. Ne plus souffrir à notre époque

Une idée directive ressort chez les patients et leur entourage : à notre époque, on ne doit plus souffrir. Plus qu'un objectif, c'est une évidence voire une exigence
E8. " *Non, ce qu'ils veulent surtout les familles, c'est que le patient ne souffre pas. Ah c'est vraiment exprimé très souvent."*

E11. "*On communique de plus en plus sur la douleur, sur la manière de lutter contre, c'est quelque chose qui est en régression." "On est quand même au 21e siècle, on a tous les moyens pour agir sur la douleur, ce serait bête de s'en priver"*
E14. *" Ce qui a évolué, c'est la demande, "calmez le, je sais qu'on peut! Voilà, je sais qu'on peut le calmer". J'ai souvenir quand je travaillais en chirurgie, il y a 20 ans, je disais à une famille "voila j'ai fait ça, j'ai fait ça, je ne peux pas faire plus", ils me disaient "oui, oui, on comprend" et puis voilà. Aujourd'hui c'est "NON", "démerdez vous mais calmez le!".*
E16." *Oui on est sensibilisé. Ca fait partie du projet de service aussi de soulager les patients. On est quand même en 2018, les gens arrivent à l'hôpital avec cette notion, que maintenant on ne souffre plus à l'hôpital"*

1.2. Convaincre les patients et l'entourage

Dans certains services adaptés, les médecins facilitent grandement la tâche
E3. " *On a peut être moins besoin d'expliquer que dans les autres services parce que nos médecins leur expliquent bien ce qu'on va leur faire..."*

En revanche dans d'autres services ou en libéral, les infirmiers doivent s'armer de patience au quotidien pour convaincre les patients :
E15." *On fait comme on peut. Parfois on leur masque un peu la vérité, mais dans leur intérêt."*
"Oui c'est compliqué. Les patients ont des aprioris, on se bat un peu contre, pour eux! Et généralement à la fin on arrive à les convaincre"

Le meilleur outil pour les infirmiers demeure l'écoute, au point même d'en devenir thérapeutique
E4. *" Ils sont rassurés parce qu'ils ont un interlocuteur qui va être à l'écoute. C'est vrai qu'en tant qu'infirmier on a une relation de confiance"*
E10*." Si on arrive à discuter, être à l'écoute, leur expliquer patiemment les choses, on constate déjà une amélioration. "*

1.3. La conscience, le dernier rempart face à la mort

Parmi les motifs de réticence envers la morphine, on note souvent la peur de perdre le contact avec la personne aimée

E11. *"La crainte la première avant même la mort, c'était est-ce que vous allez nous priver du peu de contact qu'il nous reste? Ca c'était... Et c'était justifié comme question... Donc est-ce que vous voulez garder le contact au point où ça devienne très douloureux et inconfortable? Et ce débat là au sein de la famille était délicat."*

E15. " *En fait ce qui les gène c'est leur conscience! Mais vraiment! J'ai eu beaucoup de pères de famille qui me disaient, attendez ne me mettez pas les produits, car je veux continuer à voir ma fille ... Alors on leur explique... Il y en a qui sont morts sans hypnovel®. Ils ne veulent pas être endormis."*

E12. "*Elle, elle ne voulait pas de morphine ni d'hypnovel®, car elle voulait rester consciente jusqu'à la fin. Elle luttait."*

1.4. L'absence de consensus concernant les croyances

Il ressort en effet des entretiens, une absence de consensus au sujet des croyances

E2. "*On avait une patiente qui était témoin de Jéhovah et qui ne voulait rien du tout."*

Alors qu'en général, c'est les produits sanguins qu'ils refusent (E9)

Concernant les patients bouddhistes : ils ne sont pas contre les traitements par opioïdes forts, mais il existe une part réfractaire, préférant rester maître de leur esprit et contrôler au maximum spirituellement la douleur (E10).

Les avis sont tout autant partagés dans une même communauté ou une même famille...

E11. *" Une famille judaïque, avec des gens d'un niveau socioculturel plutôt élevé, donc avec une réflexion très poussée et très parfois alambiquée. Dans leur détresse, à se poser des questions métaphysiques. Au point d'appeler des sommités religieuses en Israël, de confronter avec des médecins. C'était un travail difficile à accompagner au niveau infirmier, mais médical aussi. Pour la famille aussi. Avec des avancées et des retours en arrière.* ***Les débats éthiques sont les mêmes quel que soit le pays.*** *C'est ce que j'ai appris, parfois même au sein d'une* ***communauté, de responsables religieux****. Au sein même des enfants de la* ***famille.*** *"*

E12. *"Le dernier souvenir que j'ai, c'est une famille maghrébine. Pareil en fonction des coutumes et tout, la morphine n'a pas la même signification. Donc le patient était très douloureux, hyper angoissé, pas du tout confortable. L'un des fils (fratrie de 5 enfants), voulait que son papa meurt de façon... naturelle. Et puis il voulait pouvoir lui parler jusqu'à la fin. Donc il ne voulait pas de morphine, et la morphine n'a pas été mise. Malgré le fait qu'on leur ait expliqué. Malgré la psychologue... Si le papa était comme ça, c'est que leur Dieu l'avait demandé, et qu'il fallait partir "naturellement" sans…"*

E15.*" Et en fait, ses enfants ont décidé, comme elle était musulmane, que c'était Allah qui allait décider quand elle partirait et que les choses allaient se faire naturellement. Donc elle avait le droit à du doliprane® un gramme en suppo. Et en fait elle criait cette pauvre dame. Toute la nuit je l'entendais crier. C'était insupportable. Il fallait qu'elle supporte et que visiblement, si elle ne souffrait pas, elle n'allait pas mourir selon sa religion et trouver le bonheur absolu."*
"Non on a eu plusieurs fois ce discours mais habituellement on arrivait à les convaincre, mais là c'était impossible."
Quelques jours plus tard: *"on me répond qu'ils ont pris un billet d'avion et qu'ils l'ont ramené en Algérie! "*

Croyants ou athées, toutes les réactions sont possibles. Finalement les croyances interviennent peu lorsque les patients ou les familles sont confrontés à des expériences douloureuses (E14).

2. Les patients

2.1. Les patients réfractaires à la morphine

Il est important de constater avant tout que peu de patient aujourd'hui refusent la morphine (E1, E2,E11)
Cependant, une part minoritaire de patients demeure enfermée dans une représentation négative des opioïdes et persiste dans leur refus.
E3. " *Oui il y en a certains qui restaient fixés sur leurs idées, les peurs qu'ils peuvent avoir dont on a parlé. Malgré les explications"*

E14. " *Ah ba c'est "Je n'en ai pas besoin, je n'en ai pas besoin... non non moi un doliprane® ça suffit..." Alors qu'on décrit des douleurs beaucoup sur des cancers osseux... J'ai souvenir d'une autre patiente avec atteinte osseuse et médullaire avec des douleurs fulgurantes! Et voilà elle avait de l'Actiskenan®, mais c'était exceptionnel qu'elle le prenne, c'était toujours le doliprane®! Et bon elle disait... elle était tout le temps crispée. Alors on les masse, on fait d'autres choses. Mais non c'est non. Car c'est si je m'aggrave je meurs. Donc oui ça existe."*

La peur des effets indésirables freine les patients à se faire opérer.
E10. "*Elle redoute plus qu'on lui mette de la morphine que de se faire opérer."*

De rares patients préfèrent supporter la douleur à tout prix.
E7. "*Après la tolérance à la douleur, elle est variable, ça nous arrive d'avoir des patients qui veulent supporter leur propre douleur et qui ne veulent pas la soulager. C'est rare, mais ça arrive."*

En réalité, dans les plupart des cas, le refus initial du patient peut être surmonté. Les patients ont seulement besoin d'être rassurés.
E4. "*Je n'en ai jamais vu qui refusaient, mais qui ont besoin plus d'être rassurés, informés, oui on le fait"*
E7." *Au début on a souvent des refus, " je ne supporte pas la morphine", "non je n'en veux pas", ou alors c'est "mais pourquoi on le met sous morphine?", "est-ce qu'il va mourir?" "Qu'est-ce que ça veut dire?" Mais après ... ça se fait progressivement, petit à petit, avec des petites doses au début"*
E10." *Parfois on a besoin de les rassurer sur le traitement, les effets secondaires. Je leur explique qu'on va y aller progressivement et qu'il y a toujours des solutions. Ca se passe bien."*

2.2. L'espoir des patients s'assombrit avec la morphine

E11. *"La perte d'espoir, malheureusement elle accompagne la montée de l'utilisation de la morphine. C'est pour ça qu'il y a une confusion. Il y a un travail intellectuel qui est compliqué et difficile pour le patient. Les morphiniques sont indiqués pour un type de douleur, pas pour*

une pathologie, mais les plus mortelles requièrent souvent de la morphine donc le raccourci est facile pour les gens."

E12. "*C'est vrai que souvent quand ils ont des douleurs qui sont constantes et persistantes, ils pensent que c'est la fin."*

E14*." Alors les gens ont encore cette vision là, pas mal de gens oui." "Et certainement que dans sa vision des choses, si elle commence la morphine, elle ne pourra pas s'en sortir et ça signe une aggravation."*

2.3. Le lien entre la douleur et la maladie

E11." *La douleur est un symptôme de la maladie. La maladie est là et cruellement là car le premier symptôme de la maladie, c'est la douleur."*

E14. *"Oui car la douleur, je l'entends ça moi chez mes patients, et je comprends ce lien, la douleur vient signifier que la maladie est là et que peut-être elle s'aggrave. Et si elle s'aggrave, j'ai peur."*

Rares sont ceux finalement ayant peur que la morphine cache les symptômes de la maladie :

E12. Peur de cacher les signes d'évolution? " *Oui je prends le traitement, j'ai plus mal, mais... oui ça arrive."*

2.4. La peur de déranger le personnel soignant

La peur d'être un mauvais patient s'ils se plaignent de leur douleur est finalement très rare. En revanche, nombreux ont peur de déranger les infirmiers et les médecins :

E7. "*Pas être de mauvais patients, mais qui ont peur de déranger. Il y a des patients, on peut leur dire 20 fois, ils ne sonneront pas quand ils ont mal!". "Ca ce sont les patients PCA. Non mais c'est vrai, ceux là, il y a que comme ça qu'on arrive..."*

E16." *Pas tous forcément. Pas tous, il y en a qui ont peur de déranger. Voilà. Donc nous on insiste : "surtout il ne faut pas attendre que la douleur s'installe, si vous attendez trop, la douleur sera plus dure à faire partir"*

Ce sentiment peu également s'accompagner d'une certaine culpabilité :

E16. *"Je pense que ça vient de l'éducation des patients". "Oui ba c'est vrai, des fois il y en a qui nous disent "on vous rend pas la vie facile".*

Certains n’osent pas, freinés sans doute par une forme de timidité

E11. " *Moi je l'ai vécu personnellement comme je vous l'ai dit.. Je n'osais pas. Je ne pensais pas être un mauvais malade, c'est juste que je n'osais pas"*

*"La douleur est très personnelle et même **culturelle**, mais mauvais malade je ne leur laisserais pas le dire."*

Pour certains il est difficile de "demander" à être soulagé, par volonté d'indépendance

E16. "*Déjà devenir dépendant en venant à l'hôpital, pour eux c'est compliqué. Alors si en plus ils doivent appeler pour la douleur, pour aller aux toilettes... Enfin pour eux c'est compliqué."*

3. L'entourage

3.1. L'inquiétude de la famille

L'inquiétude de la famille vis à vis de la morphine prédomine. Elle supplante même souvent celle du patient.

E4. " *C'est presque eux qui sont le plus inquiets à l'utilisation de la morphine".*

Exemple de la femme d'un patient: *" attendre avant de lui donner le médicament, parce que je n'ai pas envie qu'il perde la boule".*

E13." A l'hôpital oui, ça peut arriver qu'ils soient réfractaires. Mais après tu leur expliques, ils comprennent."

E14." *Bien sûr, "qu'est-ce que vous lui faites"? "Ah bon vous le mettez sous morphine mais comment ça se fait?" "Oh la la mais il en demande beaucoup". Bien sûr."*

3.2. Pour accepter la morphine, il faut parfois accepter de laisser partir un être cher

E6." *C'est lorsque le patient est en fin de vie et la famille n'est pas prête à accepter sa fin de vie"*

" Qui dit je n'accepte pas la mort de ma maman, dit je n'accepte pas la mise ne place de la morphine."

E8. " *Pour eux, mettre la personne sous morphine, on va tuer la personne. Donc ils n'étaient pas d'accords."*

3.3. La souffrance de la famille face à celle du patient

Lorsque le patient souffre, la famille souffre aussi. L'interlocuteur principal de cette souffrance est souvent l'infirmier. Cette situation est d'autant plus difficile lorsque le médecin est réfractaire à la morphine alors que la famille est en demande.

E13." *Alors, non. Ca pause soucis quand les médecins ne veulent pas mettre de Morphine. L'effet inverse. En plus nous, on est en lien direct donc c'est "dites lui, on ne peut pas le laisser souffrir, il souffre, mettez lui de la morphine..."*

3.5. La morphine au secours des familles à domicile

Les familles sont plus demandeuses de morphine encore lorsque le patient est à domicile

E13. " *à domicile, pas du tout. Ba en fait les gens sont tellement dépités et face à eux-mêmes que, tu vois... Ca les soulage. Ils te font sortir de l'hôpital de plus en plus tôt maintenant. De plus en plus les familles se retrouvent seules et prennent en charge leur proche. Et du coup les familles réclament."*

4. Les médecins

4.1. Relation avec les médecins

4.1.1. Un premier constat positif : de bonnes relations en général

E4. *"De bonnes relations, de bons contacts avec les médecins. Ils sont relativement disponibles."*

E8. "Donc on a une complicité, on travaille en collaboration tous ensemble. Ils écoutent tout le monde. Et ***c'est rare."***

E9*." Dans mon boulot, j'ai toujours aimé travailler avec les toubibs. Travailler en équipe"*

"Et si je vois une prescription qui m'interroge. Si on est sur des dosages que je ne vois pas habituellement, je vais appeler le médecin pour être sûr qu'il n'y ait pas eu d'erreur, car les médecins ***sont des humains*** *et* ***peuvent se tromper*** *également. "*

4.1.2. La reconnaissance envers les infirmiers

E9. *" On peut discuter des choses, c'est valable, ce n'est pas valable. Pas que j'ai un pouvoir décisionnaire, mais je peux dire mon avis, rajouter mon grain de sel."*
E10. *" Le fait de pouvoir discuter, inter-changer et se voir c'est important."*

4.1.3. Le médecin et l'éloignement avec le domicile du patient

E1. *" Difficile parfois, parce que les médecins ne sont pas présents au quotidien et qu'ils ne se rendent pas forcément compte dans quel état peut-être le patient"*
E11. *" Ma question à moi, c'est est-ce que je fais tout ce que je peux en retour envers le médecin pour lui dire si ça passe bien ou pas."*
"Oui, oui, ils l'attendent d'ailleurs, ***car on est leurs yeux et leurs oreilles au domicile des patients****."*

4.1.4. Dans l'intérêt du médecin de communiquer avec les infirmiers.

E11. "*Et c'est dans l'intérêt du médecin de m'expliquer si je suis demandeur. De toute façon pour ma culture générale et pour lui, verrouiller ce qui se passe au domicile. C'est une relation de confiance"*
E12. *" Si on ne communique pas... On ne peut pas avancer."*

4.1.5. Un manque d'écoute et de considérations de certains médecins envers les infirmiers

E1. " Ils *ne sont pas forcément à l'écoute de ce qu'on leur dit"*
E10. *" Il y a certains médecins qui sont donc à l'écoute et d'autres pour qui on est "que des infirmières"".*
Un exemple récent où le médecin répondait à la famille "*ah ba si maintenant les infirmières se mettent à penser !"*
E12. *"Et le soucis que j'ai, c'est que moi je suis infirmière, donc dire ça à un médecin, c'est compliqué!"*

Un médecin lui répondant *"mais vous croyez quoi, que vous êtes Lourdes? Vous allez tout régler?"*

4.1.6. La disponibilité des médecins, un problème récurrent pour les infirmiers

E1. *" Déjà pour avoir un médecin au téléphone, c'est tendu!"*
E2. "*Et il est décédé dans la souffrance. L'infirmier R. lui aussi a souffert car il n'a pas réussi à joindre le médecin le soir de son décès"* pour adapter les antalgiques.
E15. "*A domicile des fois on est seule au monde. Des fois on appelle un médecin pour un patient qui ne va pas bien, et il ne nous rappelle pas... Parfois c'est compliqué"*

4.2. Ressentis envers les médecins

4.2.1. Une appréciation positive dans l'ensemble

E16*." Bon ressenti. Même les chirurgiens demandent à ce que les patients soient soulagés."*

4.2.2. Les médecins et l'euthanasie

E2. *"Allez on lui en rajoute un 2e, comme ça il va mourir plus vite..." "On va lui augmenter la morphine. De toute façon elle veut mourir. Ca ne se passe pas comme ça! C'est de l'euthanasie."*
E3. *"Mais ça arrive que les médecins traitants aient tendance à demander l'euthanasie aussi. Apparemment en libéral, ça arrive qu'ils prescrivent trop. Ou alors ils prescrivent mal."*

4.2.3. Une lenteur d'administration et d'adaptation des doses d'opioïdes forts

E3. *"Ils ne savent pas trop les gérer et les patients sont très inconfortables. Parfois ça traine dans les services, des fois pendant des jours. Alors les patients ne sont pas bien, donc les familles sont vite excédées parce qu'elles voient leur proche pas bien ..."*
E13. *" Quand il y a des fins de vie, on laisse beaucoup les gens souffrir". "On met beaucoup de temps avant d'administrer de la Morphine. Surtout les médecins de ville".*

E17." Au final oui, parce qu'au début, il a dit "je sais qu'il existe un morphinique à mettre dans la bouche..." Mais le temps qu'il se renseigne, il y a 1 semaine qui s'est passée, et puis finalement sur un WE où la patiente était vraiment douloureuse, c'est le médecin de l'HAD qui a pris l'initiative de mettre ça en place."

4.2.4. En libéral, les médecins semblent plus craintifs

E13. *"Après en ville, c'est difficile je veux bien. Donc en fait on a fait intervenir les soins palliatifs."*
" A l'hôpital la Morphine est prescrite comme ça (sous entendu très facilement), ça c'est vrai. Mais en ville les médecins ont du mal."
E15. *"Ca été un peu compliqué, car il y a vraiment une différence entre l'hôpital et la ville."*

4.2.5. Le sentiment répandu d'une insuffisance de formation des médecins

E14.*"Quand on proposait 10 mg, je n'ai pas de souvenir précis, mais certains auraient pu dire "ah bon à peine" et d'autres à "comment mais non...", voilà donc il y avait une vraie méconnaissance."*
E15.*"Et visiblement les MG sont super frileux et pas... enfin ce n'est pas une critique, mais pas hyper bien formés à l'utilisation des morphiniques."*

4.3. Les médecins réfractaires à la morphine

4.3.1. Malgré la souffrance des patients

E4. *" Par contre, il y a des choses qui m'ont marqué, c'était des patients extrêmement douloureux, **mais vraiment extrêmement douloureux**, qui n'étaient pas calmés par des paliers I ou II et des médecins généralistes qui refusaient de prescrire des morphiniques et donc des patients très douloureux. Et ça, ça m'a choqué!"*
E12.*" Oui ! Il y a des patients qui souffrent, des familles qui souffrent et des équipes soignantes qui souffrent"*
Devant un patient avec un cancer multi-métastatique hyperalgique, le médecin traitant n'a pas voulu initier de traitement par opioïdes forts :

E13. "Le médecin avait un discours particulier? *Alors bon "**qu'est-ce que vous voulez que je fasse**"! C'était ça son discours. "D'accord !!!" (rire). Ba va cueillir des légumes alors ! (rire). Voilà, on en a comme ça..."*

4.3.2. Malgré l'insistance des équipes de soins

E12.*"Et la Gastro, oui elle est très dure. Elle, elle veut gérer toute seule, elle ne veut pas d'aide extérieure. Pour elle avoir de l'aide de l'extérieure, c'est un échec."*
"Non, elle ne la met pas (la morphine). Il faut que l'équipe à côté, n'arrête pas de dire qu'il est douloureux!"

4.3.3. Freinés par le cadre législatif

E13. *"Alors en fait je pense qu'ils ont du mal, comme il y a des problèmes d'euthanasie, de procès, de tout ça, que ce n'est pas reconnu en France, je pense que les médecins ont du mal avec ça."*
E15. *"Moi j'ai halluciné, le médecin, je lui ai dit "mais attendez nous à l'hôpital, on passe 10 fois les doses que vous avez prescrites, et les patients, ils vont bien, enfin ça se passe très bien". Il me dit "ah non non non, on prend trop de risques, **c'est de la sédation profonde, on est limite dans l'euthanasie** si on augmente les doses".*

4.3.4. Freinés par les idées reçues

Il est étonnant de voir encore des médecins avoir de telles idées reçues :
E12." *Par exemple les soins palliatifs (SP) en cardio. C'est presque inexistant la prise en charge douleur/SP. C'est la cadre qui doit nous appeler car les cardio ne nous appellent pas. La Réa, la Gastro, où la **Morphine égale mort** pour eux! **C'est un cardiologue qui me l'a dit** carrément! Un médecin de médecine 4, elle m'a dit pareil, elle m'a appelé "**Lourdes**" "*
E15."*Son médecin généraliste a dit "non non on ne lui donne pas maintenant, vous comprenez, **le jour où elle en aura vraiment besoin, ça risquera de ne pas faire effet**... Donc moi j'ai bondi*!"

4.3.5. Résignation de certains infirmiers

E15. *" On était à 1 mg matin et soir en SC, et en Hypnovel®, on était à 0,1 mg / h."* (Visage de stupéfaction dû aux faibles doses) *"L'infirmier disait "**on n'a vraiment pas à se plaindre** parce que lui a mis quelque chose en place" !*

E6." *Pas tous les médecins sont ouverts à la morphine."*

4.4. Relation en cas de désaccord avec les médecins

4.4.1. Un discours ouvert aux critiques et désaccords mutuels

E9." *Pas de gène à discuter et à demander d'adapter le traitement.*

E10. *"On en discute. Après s'il n'est pas d'accord, je fais ce qu'il me dit sans réfléchir…"*

4.4.2. La collaboration, privilégiée avant tout.

E3. *"Oui ! Mais ici on nous demande de le dire. Alors on le dit. On en discute." Les médecins demandent conseil également."*

E14. *" On en discute. On prend des décisions collégiales."*

"On peut, oui c'est rare, mais ça arrive. Il s'est trompé de prescription." "Donc il y a ça, et puis des fois on va lui dire "pétard, tu commences aussi haut?" "On peut refuser vous savez, ça nous arrive."

E16. *" On en discute, on revoit le dosage, et parfois on change carrément de molécule. Voilà après c'est vrai que les médecins nous font assez confiance de ce coté là."*

4.4.3. Une collaboration parfois impossible

E6. *"Ca dépend des médecins " pas tout le monde a la même façon de travailler et dans ce cas là on ne discute pas, car on n'a pas le même diplôme."* (Réaction suite à une mauvaise expérience)

E13. *"Tu sais il y en a qui sont inaccessibles!"*

IV/ PERSPECTIVES D'AVENIR

1. La Formation

1.1. Un constat : une formation insuffisante

E1. *"On n'a pas une grosse formation par rapport à ça. Non, on a le BABA sur les antalgiques, les effets indésirables, sur tout ça, mais on ne rentre pas énormément dans le vif du sujet. Ce ne serait pas un luxe oui d'approfondir"*
E5: *" Non c'est pas suffisant, pour être à l'aise en tant que jeune infirmière avec la morphine"*
E8. *" Juste je trouve qu'à l'école d'infirmière, on n'est pas bien formé sur les thérapeutiques de palier III... Un peu ledge. Le nouveau programme nous fait travailler beaucoup tout seul. Donc on fait des recherches seuls"*
E16. *" Ce sont des choses sur lesquelles on passe relativement vite. Je trouve avec le nouveau référentiel." "des fois on en parle avec des étudiants IDE, et ils pataugent complet!"*

1.2. Une formation en voie d'amélioration

E3. *"C'est mieux qu'avant."*
E8." Il y *a vraiment eu une évolution, et je pense que les personnels de santé, autant les médecins que les IDE, et AS, on est plus formé. On est plus à l'écoute.*"
"Les AS ont un module qui est beaucoup plus important. Même nous dans le nouveau programme, on a un nouveau module : soins palliatifs, en 3e année. Je trouve qu'il arrive un peu tard, mais il est là. Donc autant qu'on le prenne."

1.3. La pratique, plus formatrice encore que la théorie.

E4 : *"Au niveau théorique oui, mais après au niveau pratique, il n'y a que sur le terrain que ça se travaille." "J'ai eu les bases avec l'école mais c'est vraiment sur le terrain que j'ai appris."*
E6*." Non car la meilleure école c'est la pratique." "Car c'est bien beau de lire les effets secondaires mais on voit les réels effets une fois qu'il est mis en place selon ses différentes formes."*

E7. *"Si je n'avais pas travaillé en Oncologie après, je ne pense pas que ça aurait été suffisant"*

1.4. La mise en pratique : une amélioration nécessaire

E2. "*Je pense qu'on est bien formé. Mais après sur le terrain, ça peut-être difficile à mettre en pratique."*
E9: Avant "*Disons qu'on était plus formés. On avait plus de gestes."*
"J'avais une pratique, mais on partait en stage et tout. Là j'ai vu des filles arriver ici : qu'est-ce que tu as fait comme stage? Ah ba j'ai fait EHPAD et une crèche - T'as fait des injections ? Non".
E16: *" C'est vrai qu'il n'y a rien de très pratique qui est mis en place lors des formations, pour justement apprendre à gérer les antalgiques, et ça pourrait être pas mal. Sous forme de travaux pratiques, de mise en situation."*

1.5. Une demande de mise à jour plus régulière

E7. "A*près ... on ne sait jamais tout. Donc c'est important de toujours continuer à se former."*
E8. *" Je pense que refaire une formation régulièrement. Tous les 2 ans, ce serait bénéfique"*
E12. " Oui, peut être faire une remise à niveau même pour tout le monde, même pour les anciennes"
E15.*" ...On n'en a pas assez. On devrait avoir des formations obligatoires, mais on n'en a pas" "Moi à Nord, je n'ai jamais été formé sur la douleur. Jamais. Et j'ai demandé. Mais non, même la formation premier secours! Non."*

1.6. Une demande de formations complémentaires et variées

E1: " C*omment gérer, comment accompagner le patient, sur les posologies, car même si on n'a pas le droit de prescrire, mais qu'on en sache un petit peu plus là dessus. Connaître les réelles différences entre Actiskenan®, Skenan®, toutes ces différentes marques... pour pouvoir après les adapter comme il faut et comprendre un peu mieux les prescriptions"*
E4 : " *Plus d'informations par rapport aux autres molécules qui pourraient y avoir"*
" Approfondissement théorique et pratique mais plus encore au niveau pharmacologique.

L'assimilation, l'élimination du médicament, tout ce qui va avec ça, en cas d'insuffisance rénale ou hépatique."

" Est-ce qu'il y a un dosage à ne pas dépasser. A partir de combien, ça commence à être actif, le délai d'action, le temps d'imprégnation."

E5: *"Dans quels cas c'est contre indiqué, dans quel cas c'est mieux adapté, des sujets plus à risque que d'autres"*

E7:*" Peut-être des outils. On n'a pas eu d'outils, de tableau d'équianalgésie, tous les équivalents". " C'est tout bête mais par exemple avec le CLUD on a fait un tableau du délai d'action. Toutes ces petites choses pratiques."*

E8. *" Oui nous sensibiliser sur les effets secondaires. Car certains ne sont pas assez sensibilisés."*

1.7. Apprendre et comprendre auprès des médecins : un échange d'expériences

E4. *"Non des formations, des formations avec des médecins. S'il pouvait y avoir des médecins qui nous disent: bon ba les IDE libéraux de tel secteur, je leurs propose de se réunir et on discute un petit peu au sujet de la morphine"*

E10. *"Faire des formations mais pas sous forme papier, plus en échange avec des médecins."*

E11. *"Et d'être en contact avec des gens qui ont l'habitude, qui vont faire part de leur expérience, de leur manière de faire, des urgences ou des dangers lorsqu'il y en a. Ca c'est intéressant". "Mais c'est l'autorité qui doit être d'abord éclairante, expliquante et bienveillante pour que ça se passe bien. Et c'est dans son intérêt"*

1.8. La diabolisation des opioïdes forts pendant les études à repenser

E11. *"On a une formation en IFSI qui est très culpabilisante, le risque d'erreur, l'évaluation, oui il faut être vigilant et rigoureux. Mais je crois que l'apprentissage de la rigueur est mal fait. On va plus culpabiliser que rendre rigoureux. C'est un peu dommage.*

E13. "*Oui au début quand j'ai commencé, parce qu'on te fou la pression à l'école !! Tu peux tuer quelqu'un! Il faut bien faire les dosages, il ne faut pas qu'il y ait de l'air...*

2. Les Perspectives d'amélioration

2.1. La morphine, un cadre à instaurer

2.1.1. Etablir des prescriptions anticipées personnalisées

E2. *" J'aurai besoin d'un médecin qui fasse correctement ses prescriptions. Pas disponible mais que tout soit bien cadré. Par exemple tu lui donnes l'interdose si EVA > ... Pour être plus à l'aise". " Des transmissions claires nettes et précises... forcément sur le terrain on est rassuré et on sait où on va." "On aime bien quand c'est cadré."*
E13. "*(rire) Ca dépend des prescriptions... En ville c'est pas toujours clair."*

2.1.2. L'incidence positif d'un cadre sur le confort de travail

E8.*" Et si je reste notamment dans ce service, c'est qu'il y a un confort de travail qui est vraiment très appréciable. Je ne travaille pas sans filet"*

2.1.3. L'encadrement pas des structures compétentes et spécialisées

E1. HAD *" On vérifie bien sûr, mais ils nous font les calculs pour mettre sur les SAP. Du coup on est assez encadré."*
E11. "*Et puis de toute façon, dans le cadre d'une HAD, au moindre doute, on n'a qu'à passer un coup de fil pour confirmer la prescription ou "j'ai jamais fait, explique moi."*
E13. *"Oui, alors oui, quand on travaille avec l'équipe mobile de SP, on est à l'aise* ***mais tu ne peux pas t'imaginer****! J'aimerais être comme ça tout le temps!... Tu peux les joindre 24h/24, après c'est des soins palliatifs, OK. Mais ils vont te changer le traitement de suite. Tu vas avoir les ordonnances qui sont faxées. Quand ça va mal tu vois.... Enfin comme à l'hôpital!* ***Ca te sécurise. T'es cadré.****"*

2.2. Pouvoir joindre le médecin sur son téléphone portable

E4. " *Maintenant ce qui est bien, c'est de pouvoir joindre nous le médecin sur son portable."*

E13." Tu arrives à avoir les numéros de portables?" *"Très très rarement.* ***Ca c'est un vrai problème, réellement****. On demande mais en fait ils ne veulent pas être dérangés. Tu en as qui te disent, vous avez mon portable, vous m'appelez à n'importe quelle heure. La moitié j'ai leur numéro de portable et l'autre non."*
"Mais nous quand on appelle ce n'est jamais pour rien."
E17. " *Sinon les autres ça m'arrive souvent d'envoyer des SMS. Et du coup ils répondent quand ils ont le temps, ça les dérange moins et en plus de ça, on a la* ***réponse écrite, moins de sources d'erreurs****, ils ont le temps de réfléchir à la question... Comme ça on a la réponse facilement. On peut envoyer des* ***photos*** *aussi."*

2.3. Privilégier une bonne communication

E11. "*Je crois que les choses à améliorer, c'est chacun dans son exercice, savoir* ***quel temps je vais pouvoir consacrer aux retours****. Pareil pour le médecin. Maintenant on a des outils qui facilitent, on a des répondeurs, on a des mails, qui nous permettent de communiquer avec un peu de délai, mais on est sûr que la personne aura reçu le message. Ca ça fonctionne bien."*
E11." *Notre rôle premier, c'est de dire que le patient est douloureux et inconfortable. Demander si ce ne serait pas possible de le recevoir pour réévaluer son état et ce qui serait le plus nécessaire à ses besoins"*

2.4. Rencontre avec les médecins

E13." *Alors je le fais avec certains médecins quand la relation est super bonne. Par exemple, une fois par mois, on va se voir pour faire le point sur l'état de santé des patients qu'on a en commun." "Parce qu'après tu sais il n'y a pas de quiproquo. Tout le monde est en harmonie. Et puis on peut se permettre d'appeler s'il y a un changement, un truc."*
E17. "Non... On va avoir une maison de santé. Donc ça va peut être favoriser les échanges."

DISCUSSION

I/ LES INTERÊTS DE L'ETUDE

Ce travail de thèse est innovant car **peu d'études** se sont intéressées au point de vue des **infirmiers**. Très peu de thèses de doctorat de médecine, et aucune selon une recherche qualitative par entretien semi-dirigé ont porté exclusivement sur les infirmiers.
Cette étude présente un intérêt à la fois théorique et pratique pour les infirmiers, mais également pour les médecins, en particulier les médecins généralistes, et les patients douloureux.

Le choix de la méthode qualitative et des d'entretiens individuels semi-dirigés, est particulièrement adapté pour l'étude des ressentis, représentations et des comportements. Ce choix constitue donc un point fort de l'étude ([13]).

La triangulation des données avec l'étude de Céline Barres explorant la représentation des morphiniques chez les patients augmente la validité interne de l'étude. En effet, l'obtention de données similaires via une autre source et leur confrontation augmentent la portée des études qualitatives ([19]). De même, nous pourrons comparer nos résultats à ceux déjà obtenus concernant les médecins et leurs représentations des opioïdes forts.

Comme présenté dans la méthodologie, nous avons pu assurer la **saturation des données,** essentielle à la **validité externe** de l'étude ([19]).

Concernant la proportion de femmes et d'hommes, notre échantillon était composé à 82.6 % de femmes. Selon les statistiques recensées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère chargé de la santé, en 2014, la proportion de femme infirmières dans les Bouches-du-Rhône et le Var était respectivement de 84.4% et 82.2% ([24]). La correspondance de notre échantillon avec la population infirmière est ainsi confirmé.
Notre échantillon est composé de 35 % d'infirmières libérales ce qui est supérieur à la démographie actuelle représentée par 28 % dans l'ensemble du Var et des Bouches-du-Rhône.

Mais nous tenons à noter que notre travail s'inscrit dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Ainsi, il nous paraissait important d'avoir un peu plus d'infirmières libérales, avec lesquelles nous allons être amenés à travailler et collaborer au quotidien.

Une des forces de cette étude est la **variété de notre échantillon**. En effet, plus la population est diversifiée, plus elle est riche et donc intéressante à l'analyse. Pour cela nous avons réalisé un **échantillonnage théorique intentionnel**. Nous avons cherché à avoir des profils différents, travaillant en rural, semi-rural et dans des grandes agglomérations. L'échantillon était composé d'infirmiers libéraux, d'infirmiers travaillant en maison de retraite, en équipe mobile de soins palliatifs, dans des services de médecine tels que la chirurgie orthopédique, l'oncologie, les soins palliatifs, la gériatrie ou un SSR. Les infirmiers avaient également des expériences dans des métiers antérieurs différents tels que aides soignants, agent hospitalier, préparateur en pharmacie, infirmier dans l'armée, secrétaire médicale mais aussi un journaliste ayant décidé de devenir infirmier à la quarantaine. Son entretien fût à ce titre très intéressant.

II/ LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Concernant à nouveau la population, et en particulier l'âge des participants, nous constatons avoir eu une prédominance pour les tranches d'âge de 35 à 45 ans puis de 24 à 34 ans. Les tranches d'âge au-delà de 45 ans ont été peu représentées, comparativement à la démographie actuelle ([24]).

	Notre échantillon	Démographie actuelle
24-34 ans	29%	25 %
35-45 ans	47%	24,1%
45-55 ans	12%	23.2%
55-65 ans	12%	19.8%

Nous n'avons pas réussi à rétablir cette statistique lors de nos derniers entretiens, le choix étant fait au hasard. Nous pouvons donc y voir un léger **biais de recrutement.**

Lors du recrutement, nous avons pu constater un certain nombre de refus ou de demande sans réponse, ce qui peut également créer un **biais de recrutement**. En effet, nous pouvons imaginer que seuls les infirmiers intéressés par le sujet mais aussi peut-être, ceux plus à l'aise avec les opioïdes forts ont accepté de réaliser l'entretien. Avec le recul, nous aurions dû insister lors des appels téléphoniques pour convaincre les quelques infirmiers qui préféraient ne pas faire l'entretien en raison d'une utilisation trop faible des opioïdes. Cela aurait pu éventuellement faire émerger de nouvelles données.

Pour la réalisation des entretiens, les questions se sont voulues volontairement ouvertes afin de mener un entretien non directif, à l'aide d'un **guide d'entretien**. Nous avons utilisé également une **grille de lecture** pour effectuer de nombreuses relances et permettre d'approfondir les idées des participants.
Les modifications du guide après les premiers entretiens avaient pour objectif d'affiner les questions, de les rendre plus intelligibles, et d'ouvrir l'entretien à d'autres thèmes.
Malgré cet effort de préparation, il ressort des entretiens quelques questions fermées, pouvant orienter le discours des infirmiers et introduire un **biais de subjectivité (**[25]**).** De même, la communication non verbale peut parfois être difficile à neutraliser et a pu influencer également les réponses données.
Ces biais de subjectivité peuvent s'expliquer par un manque d'expérience dans la technique de réalisation des entretiens semi-dirigés.

Concernant les **conditions d'entretien,** nos efforts pour le bon déroulement des entrevues, ont permis de créer une bonne atmosphère, sans le ressenti d'interviewé / interviewer.
Il n'a pas été constaté de remarques pouvant laisser penser à une gêne de la part des infirmiers d'être enregistrés. Néanmoins, on peut imaginer que ce type d'entretien, qui plus est avec un médecin, peut inhiber certains infirmiers, créer une retenue de leur part et occasionner un **biais d'information (**[25]**).** Nous avons tout de même constaté, à de nombreuses reprises, que les infirmiers se permettaient de critiquer librement les pratiques des médecins. Ce constat minimise cette hypothèse et renforce notre ressenti sur le bon déroulement des entretiens.

Nous pouvons également supposer la présence d'un **biais de désirabilité sociale** ([26]). Certains infirmiers ont pu modifier leurs réponses, dans le souci de se montrer sous un jour favorable,

et de nous transmettre une image positive d'eux-mêmes. Ce biais a pu se produire consciemment ou inconsciemment de la part des infirmiers.

Ce type d'analyse est aussi source de **biais d'interprétation**. Il est en effet difficile de garantir la fidélité des interprétations. L'analyse est immanquablement différente selon l'enquêteur, même en faisant preuve d'objectivité ([25]).
Par contre, cette subjectivité consiste aussi en la force de ce travail car elle permet, par définition, d'atteindre des sentiments et ressentis propres à la population étudiée. Elle garantie d'aller plus en profondeur pour comprendre les facteurs décisionnels, qu'on ne pourrait pas aussi bien soulever avec une analyse quantitative.
Nous n'avons pas effectué de **rétroaction des infirmiers**, c'est-à-dire que notre analyse n'a pas été soumise aux participants, afin qu'ils la vérifient. Cette démarche aurait pu apporter une valeur ajoutée à notre travail mais le temps nous a manqué.

On admet enfin aisément un possible **biais de mémoire** chez les participants. Lors des entretiens, certains faits anciens ont pu être omis, ou du moins certains détails auraient pu modifier le contenu de notre analyse.

III/ COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE : LE POINT DE VUE DES INFIRMIERS ET DES MEDECINS

A partir des thèmes et sous-thèmes recueillis après analyse de nos résultats, nous en avons dégagé des « idées forces ». A partir de celles-ci, nous avons procédé à l'analyse comparative avec la littérature et en particulier, avec la représentation des opioïdes forts chez les médecins. Dans un deuxième temps, nous comparerons notre analyse à celle des patients menée par Céline Barres dans le cadre de notre Thèse en "Miroir" .

1. La représentation des opioïdes forts chez les médecins et les infirmiers

La première représentation liée à la morphine est positive. Elle est liée à l'utilisation pour laquelle elle est prescrite à savoir l'antalgie, un antalgique puissant, le plus efficace, ayant une action parfois même miraculeuse. C'est également cette image d'antalgique qui est apparaît

majeure dans d'autres études sur les opioïdes, comme 86% de la population recrutée dans la vallée d'Aoste ([9,27,8]).

Dans un second temps, la représentation des opioïdes chez les infirmiers est plus négative. Elle semble malheureusement toujours autant marquée par la mort, la fin de vie, la dépendance, la drogue et la peur des effets indésirables. On ne retrouve pas d'amélioration en comparaison avec les autres études réalisées chez les infirmiers. La morphine continue de faire peur. Dans une étude réalisée en Suisse en 2011, ce sont les effets secondaires, la fin de vie et la référence à la gravité de la situation qui sont représentés après les antalgiques ([27]). En 2010 au Portugal, ce sont également les images de drogue, mort et cancer qui étaient mises en avant.([8])

Cette vision négative se confirme aussi chez les médecins, comme cette étude en Picardie en 2014 ([6]) avec en premier lieu la crainte des effets secondaires, puis de l'image de la mort et des drogues. Les médecins Landais en 2013 ([10]) avaient pour représentations le versant antalgique/douleur, la mort, la fin de vie, la dépendance et les drogues.

Il est tout de même important de noter que spontanément, les infirmiers interrogés déclaraient que les mentalités avaient évolué, constat qu'on ne retrouve pas dans les autres études. Toutefois, cette différence peut être due au type d'étude menée. Avec une recherche qualitative, on ne s'arrête pas à quelques mots cités spontanément ([9]), on laisse l'interviewé s'exprimer librement, ce qui permet d'avoir davantage d'informations.

C'est donc le **paradoxe** de cette molécule. La morphine est rentrée dans les mœurs, les politiques gouvernementales et les établissements de soins insistent pour que la douleur soit prise en compte, et que les opioïdes forts soient davantage utilisés.

Si l'on caricature, la morphine est considérée comme un antalgique très efficace, avec une image positive, mais aussi comme une drogue qu'on utilise pour la fin de vie, les maladies graves et qui est source de nombreuses peurs. C'est cette ambivalence que retrouvaient déjà Musi M. & Bionaz A. en Italie ([9]).

Les fausses croyances et mythes concernant les opioïdes forts persistent :

L'histoire de la morphine ([28]) et son utilisation illégale à travers les époques ont fait de ce produit une substance redoutée du grand public et des professionnels de la santé. Le manque d'informations et de connaissances à son sujet, le cadre légal restrictif, les expériences douloureuses de certains ou au contraire, le manque d'expérience pour d'autres, sont à l'origine

de ces fausses croyances et mythes. Nous ne pouvons pas savoir au terme de notre étude dans quelle proportion ces idées reçues sont encore représentées. Ce n'est pas le but d'une étude qualitative, mais il ressort en tout état de cause, que ces idées reçues résistent aux années, chez tous les acteurs.

L'image de la morphine au début des années 2000 chez les infirmiers ([9]), n'était déjà plus attribuée uniquement au cancer ou à la fin de vie, mais aussi aux situations de douleurs aiguës ou postopératoires. Nos résultats montrent que la morphine peut être utilisée pour tout type de pathologie, tout type de patients (ou presque), mais son utilisation dans le cadre des maladies graves ou des fins de vie, ressort comme l'une des perceptions les plus prépondérantes.
Comme nous avons pu le relever, nous retrouvons parmi les fausses croyances le thème de la dépendance et des drogues, la dépression respiratoire, l'association à la mort ou encore, l'accélération de la fin de vie. Tout n'est pas blanc ou noir, il y a des nuances intéressantes à soulever, lesquelles expliquent aussi ces idées reçues.

On retrouve ainsi l'image de la peur de la **dépression respiratoire** comme la plus importante (>40%) chez les infirmiers de l'étude de Musi M. & Bionaz A. ([9]) ; peur qui est aujourd'hui toujours présente dans notre échantillon mais de manière plus raisonnée. Les formations ont tendance à diaboliser la morphine pour prévenir les accidents et n'aident pas à diminuer les craintes. Cependant, dans la réalité et leurs expériences propres, les infirmiers constatent peu de dépression respiratoire. C'est essentiellement perçu chez les patients avec des états très fragiles ou en fin de vie, où l'équilibre est précaire. Il est alors nécessaire d'être davantage rigoureux. En 2011 en Suisse, la crainte d'une dépression respiratoire est nommée par la majorité des étudiants infirmiers de toutes les cohortes. Toutefois, les troubles respiratoires ont été plutôt observés en cas de surdosage ou chez des sujets présentant des contre-indications à l'administration de la morphine (affections respiratoires obstructives chroniques sévères par exemple) ([15]).

La peur de la **dépendance** fait toujours partie des peurs les plus importantes, avec le parallèle des drogues, que ce soit pour les infirmiers ou les médecins.
Une étude réalisée à l'Hôpital Universitaire de Belgique en 2004 a montré que la moitié des infirmiers pensaient que l'utilisation des opioïdes forts sur le long terme engendrait un problème important de risque de dépendance ([29]). A plusieurs reprises, on a pu constater dans

des études que les médecins en lien avec cette peur préféraient prescrire les opioïdes forts sous forme du cure courte pour éviter cette déviance.([10])

Les entretiens semi-dirigés permettent de nuancer ces craintes en précisant pour les infirmiers interrogés, que cette représentation du risque de dépendance est présente pour un **profil de patient** bien spécifique, principalement :

Les patients aux antécédents de toxicomanie, d'alcoolisme chronique, ou toute autre addiction, ainsi que ceux présentant un fond anxiogène important ou dépressif.

Cette perception est corroborée par une étude française sur les mésusages des opioïdes publiée récemment en 2016 ([2]) qui retrouvaient comme facteurs de risques : le jeune âge, le sexe masculin, la précarité, la présence de troubles psychiatriques, les antécédents de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, l'utilisation concomitante d'antidépresseurs, de thymorégulateurs et de benzodiazépines. Ces patients présentaient même un risque plus élevé de mortalité en lien avec les opioïdes.

Un repérage rapide des facteurs de risque de dépendance psychique pourrait donc être effectué à l'aide d'instruments standardisés, tel que l'Opioid Risk Tool (ORT) outil simple qui peut être utilisé en médecine générale. Les patients identifiés à risque pourraient ainsi bénéficier d'une surveillance plus étroite.

On a constaté que certains infirmiers de notre corpus n'exprimaient pas cette peur pour les patients spontanément. Cependant, dès lors qu'on abordait le sujet pour eux-mêmes ou leurs proches, ils développaient alors cette appréhension. Cette réaction prouve que l'image de la dépendance est fortement ancrée dans la perception des soignants malgré les connaissances à son sujet.

Il faut toute fois bien différencier deux types de dépendance :

La **dépendance physique** qui n'est plus à démontrer, et qui nécessite au-delà d'une certaine durée de prescription, un sevrage progressif pour stopper le traitement.

La **dépendance psychique** (besoin compulsif afin d'en obtenir les effets psychiques : sédation, euphorie, effet flash), dont beaucoup font l'amalgame, est source d'idées reçues, car en réalité, elle n'est qu'exceptionnellement retrouvée.

En effet, les données à ce sujet sont très rassurantes, en particulier, pour les patients présentant des douleurs cancéreuses. Il semble que le phénomène de dépendance psychique soit exceptionnel lorsque le traitement est bien conduit ([30,31,32]). Chez les patients non cancéreux, bien que les données soient plus controversées, le risque apparaît faible dans le cadre d'une prescription et surveillance, précautionneuse ([33]).

Cette différenciation physique et psychique, n'a jamais été soulevée durant les entretiens. Par manque de connaissance ?
Les infirmiers de notre corpus ne jugeaient pas très difficile le **sevrage** de leurs patients en morphiniques. L'étude sur les médecins généralistes de 2014 à Amiens allait dans le même sens, avec une crainte des risques d'addiction pour des profils particuliers et l'absence de difficulté pour le sevrage de leurs patients ([6]). Selon eux, cette crainte pouvait s'expliquer par la mauvaise observance des prescriptions, par des mésusages, et des surdosages accidentels ou volontaires.
On peut donc supposer que faire appel aux infirmiers pour l'accompagnement des patients au domicile sous opioïdes serait garant d'une meilleure observance des patients, de moins de risques de mésusage et donc, de dépendance. Leur intervention permettrait de diminuer en partie les craintes des médecins.
L'étude de E. Joranson, publiée dans le JAMA en 2000, rappelle à ce titre que l'augmentation de la consommation d'opioïdes forts dans le traitement de la douleur n'occasionne pas plus de toxicomanie ([34]).

Les infirmiers interrogés déclaraient volontiers que les opioïdes occasionnaient une accoutumance de prime abord. L'**accoutumance** se définit par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets. En approfondissant, ils reconnaissaient et critiquaient plus aisément que l'augmentation des doses morphiniques n'était peut-être pas liée à de l'accoutumance mais plutôt, à l'augmentation des douleurs liées à la maladie. En effet, très peu ont pu relater des expériences d'augmentation d'opioïdes sans aggravation de la maladie en cause.
La fausse représentation de l'accoutumance a été également retrouvée dans d'autres études comme au Portugal en 2009 chez les médecins ([8]), mais le type d'étude non qualitatif ne permet pas aux médecins de nuancer cette représentation.

Accélérer la mort ou la notion de **double effet** est un concept encore paradoxal avec les opioïdes, en ce sens que certains vont la rechercher et d'autres vont en avoir peur. Certains veulent apaiser les souffrances des patients en fin de vie. D'autres au contraire, ont peur de la mort et deviennent réfractaires à la morphine en raison de la peur excessive que ses effets puissent précipiter le décès. On peut se demander si finalement, dans certaines situations, la question n'est pas la mort en tant que telle mais davantage "l'acceptation de la mort". Pour soi,

pour son entourage et donc pour les patients. La mort étant également la fin de la prise en charge, on peut supposer que cela soit vécu comme un échec pour l'équipe soignante et spécifiquement pour le médecin. La peur de l'échec serait ainsi à l'origine de craintes excessives.

La peur de raccourcir la vie avait déjà été évoquée dans certaines études ([8,9]) mais en faible proportion. Ici, elle semble beaucoup plus centrale. Peut-être pour les raisons suivantes:
Dans cette approche de la mort, vient rapidement le thème de la **dignité**. Le confort étant un des piliers de la prise en charge, accompagner son patient dans la dignité est souvent relaté comme une expérience humaine forte. C'est une notion que l'on a peu retrouvée dans les recherches bibliographiques sur les représentations des opioïdes. Pourtant, la dignité est une représentation positive, qui valorise la morphine et incite les soignants à l'utiliser. En effet, la morphine apporte de la dignité, en permettant de retrouver de l'autonomie, en allégeant les souffrances physiques et morales, et en accompagnant les patients en fin de vie dans le confort et la décence.

Les discours à ce sujet dérivent aussi souvent sur l'approche de **l'euthanasie**. Certains expriment la peur d'outrepasser la loi. Au contraire, d'autres, n'hésitent pas à revendiquer d'aller au-delà de ce qui est recommandé, selon leurs principes assumés, de ne pas laisser les patients vivre leurs derniers jours dans des états physiques indignes selon eux, de la personne qu'ils étaient. "*En même temps on pique des chiens! On ne peut pas laisser souffrir des humains".*

Un élément intéressant de notre recherche concernant la peur des opioïdes a été la **réaction des infirmiers face à l'éventualité de prendre de la morphine**. Alors que de manière générale, ils étaient relativement à l'aise avec le produit, que certains déclaraient n'avoir aucune peur des opioïdes, l'idée de prendre eux-mêmes de la morphine changeait leur perception. Ils étaient subitement plus dans la retenue et la crainte, préférant éviter autant que possible le passage à cette classe médicamenteuse. Plus surprenant encore, cette réaction a également été constatée chez certains infirmiers travaillant en soins palliatifs.
René Leriche, premier chirurgien français à avoir étudié le phénomène de la douleur tout au long de la première moitié du XXe siècle disait en forme de boutade: « *Il n'y a qu'une seule douleur qu'il soit facile de supporter, c'est celle des autres* » ([35]).

La peur la plus importante verbalisée en lien avec ce ressenti était le refus d'avoir des **effets secondaires.**

On peut supposer compte tenu des témoignages, que cette crainte se nourrit de leur propre expérience ou de celle de leurs proches. Ces deux versants étant empreints de beaucoup d'affects. Elle se nourrit certainement aussi des réactions de leurs patients au quotidien.

En effet, au fil des interviews on constate que les effets indésirables sont souvent vécus de manière intense et remettent parfois en question le soulagement de la douleur, ce qui est corroboré dans différentes études ([27,6]) .

Pour d'autres, la peur venait de la signification de la situation, avec la crainte que la prise du traitement soit le signe d'une maladie grave.

Ce sentiment était souvent accompagné de la formule "moi, je ne suis pas trop médicament".

Il serait intéressant d'approfondir ce volet, qui nous semble se développer ces dernières années avec une volonté de vie plus saine, une alimentation biologique...

2. La gestion des opioïdes forts par le personnel soignant en pratique

Le risque légal concernant les opioïdes forts représente un frein important pour sa gestion au quotidien. En effet, il constitue une peur souvent exprimée, comme le constate l'étude effectuée dans la vallée d'Aoste où près de 35 à 40% des infirmiers le craignent ([9]). Ce risque semble moins prépondérant aujourd'hui. C'est le signe que l'utilisation de la morphine rentre dans les mœurs. Malgré des règles de délivrance toujours aussi strictes, chaque acteur en a pris l'habitude. Certains médecins aimeraient tout de même "**banaliser**" les opioïdes pour rendre son utilisation plus répandue ([6]). Les médecins dans la vallée d'Aoste, affirmaient à ce sujet, que le caractère trop sécurisé étaient une des raisons qui limitaient la prescription d'opioïdes.([9])

Le risque d'erreur bien qu'encore présent, est de plus en plus rare. En attestent les résultats d'enquête d'addictovigilance sur les opioïdes en 2009 ([36]) recensant en 10 ans 454 effets indésirables graves, 14 cas d'overdoses et 1 seul décès. Bien que ces chiffres soient probablement sous-estimés du fait d'un manque de déclaration, ces cas recensés demeurent tout de même particulièrement faibles, ce qui est donc rassurant.

Les exemples d'erreurs d'administrations, comme ceux qui ont pu être décrits dans notre étude, avec des conséquences dramatiques (décès, procès...) et la création d'idées reçues, sont

toujours très marquants. Ces cas terribles viennent nous rappeler qu'il est nécessaire d'être vigilant et rigoureux, ce que confirment bien en règle générale les infirmiers. Les médecins de l'étude de E. Morton à Amiens ([10]), jugeaient également la prescription d'opioïdes forts comme "*sérieuse, bien codifiée et nécessitant une surveillance étroite du patient*".

A ce titre, une étude récente met en évidence une faible mortalité liée aux opioïdes en France ([2]). Ces résultats représentent même une exception selon les auteurs, en comparaison avec d'autres pays, en particulier avec les Etats-Unis qui ont été victimes ces dernières années, de nombreux accidents et décès liés aux opioïdes. Cette faible mortalité en France est certainement liée aux conditions de prescriptions et de délivrances plus strictes ([2]).

Les habitudes d'administrations:

Les craintes envers la morphine transparaissent aussi dans leur manière d'administrer les traitements et en particulier, les interdoses. Régulièrement, on constate que les infirmiers ont du mal à administrer directement un opioïde fort, alors même que c'est ce traitement qui est prescrit. Certains préfèreront commencer par le palier I puis le palier III ou l'anti-inflammatoire, s'il est prescrit. Et ce, même si la douleur est intense.

En Australie, en 2001 ([37]), les auteurs ont également mis en évidence des attitudes réfractaires de la part des infirmiers, préférant administrer la plus petite quantité de morphine possible. De plus, les infirmiers encourageaient les patients à privilégier les antalgiques non opioïdes.

Ce constat est confirmé dans une thèse à Genève en 2004 ([38]) dans laquelle il était comparé la délivrance d'opioïdes forts par les infirmiers (traitement prescrit en systématique) avec l'héparine, en post opératoire. Les chiffres étaient alors effarants avec une délivrance de morphine 102 fois moins administrée que l'héparine. Le lendemain : 196 fois moins.

L'explication proposée était la peur des effets indésirables, le manque de formation, le fait de considérer le traitement de la douleur comme facultatif. On peut rajouter également le refus des patients pour leur conviction propre ou le manque de temps.

De nos jours, dans les services de chirurgie, le traitement de la douleur est devenue une priorité, et régulièrement, les patients sont mis directement sous PCA pour pouvoir se gérer seuls avec une surveillance adaptée.

D'autres infirmiers du corpus expliquent bien en revanche, n'avoir aucune "appréhension ou peur" et qu'il ne faut pas hésiter, si le délai est correct, à administrer les morphiniques.

Certains ont exprimé leurs **freins à administrer les interdoses de morphines à la demande**. Depuis 2002, les infirmiers peuvent délivrer des antalgiques prescrits de façon anticipée en « si besoin », selon un protocole préétabli par le médecin. Cela nécessite une analyse de la situation par l'infirmier qui doit évaluer la douleur, mettre en parallèle la prescription et savoir quel médicament il peut alors délivrer. Certains infirmiers apprécient ce travail qui leur laisse une place d'analyse et de prise de décision, une certaine autonomie dans la prise en charge, reflétant la confiance en leur jugement de la part du prescripteur. En revanche, d'autres n'apprécient pas cette latitude, trouvant la notion de besoin très subjective, mettant en évidence les difficultés d'évaluation de la douleur que rencontrent certains soignants ([39]). Cette prise de responsabilité pourrait également générer de l'appréhension.
Selon P. Paris, lorsque dans les prescriptions à la demande, on retrouve un antalgique de palier I et un antalgique de palier III, on observe chez les infirmiers une crainte à la délivrance du palier III. Ils préfèrent souvent attendre le plus longtemps possible avant d'administrer un morphinique, pour le garder en dernier recours ([14]).

Peut-être est-ce la conséquence d'**un manque d'évaluation**. Une partie des infirmiers évalue systématiquement les patients en utilisant des échelles adaptées, d'autres beaucoup moins. A travers l'évaluation, on a pu constater un autre type de représentation : la **représentation sociale.** Quand une pathologie est reconnue douloureuse dans la conscience collective, la prise en charge de la douleur devient automatique. C'est ce qu'explique A. Hernandez dans son travail de mémoire de fin de diplôme d'infirmière en 2006 ([40]). C'est ainsi que la prise en charge de la douleur perd en objectivité. Les infirmiers mettent en place une classification plus ou moins consciente qui fait qu'un soulagement va être proposé parce qu'il correspond au sens qu'ils ont donné à la douleur de l'autre.
C'est un sentiment que nous avons ressenti, à plusieurs reprises en interrogeant les infirmiers. Au travers de situations où la prescription de morphiniques leur paraissait disproportionnée, leurs arguments s'appuyaient essentiellement sur la pathologie causale : un pneumothorax, une maladie de Parkinson, une fracture du fémur (!), des douleurs rhumatologiques. En relançant les infirmiers sur leurs évaluations, celles-ci étaient peu précises, et il s'avérait que les patients semblaient finalement bien équilibrés, avec une bonne efficacité tolérance.
L'évaluation s'appuie alors sur des aprioris. Il semble que l'on se trouve dans une automatisation des pratiques qui parasite, chez l'infirmier, le sens d'une prise en charge raisonnée et adaptée. Dans ces termes, nous retrouvons l'analyse de Jean-Claude Abric,

lorsqu'il dit : « *La représentation est prescriptive de comportements ou de pratiques obligées*» ([41])
Une infirmière en soins palliatifs précisait à ce sujet que : "*toute douleur est entendable*".

Ce manque de méthodologie établie pour l'évaluation des patients, et en particulier **l'utilisation d'échelles** est également retrouvé dans plusieurs études chez les médecins généralistes, à des degrés divers et avec une évolution au fil des années : 6% des médecins généralistes d'Ile de France en 2002 utilisaient les échelles d'évaluation de la douleur ([42]), 11% pour ceux de l'étude Epidol en 2005 ([43]) et 1/3 des médecins pour la thèse de D. Visu à Créteil en 2008 ([7]). Ils étaient "peu" de médecins également dans les thèses qualitatives de E. Morton en 2013 ([10]) et de C. Godard Martins en 2014 ([6]).
Est-ce seulement générationnel ? Par manque de formation ? Ou de mauvaises habitudes ? Les nouvelles générations nous semblent plus formatées à évaluer la douleur avec des échelles de manière systématique.

Evaluation et prise en charge globale des patients :
Cicely Saunders en 1967 a établi le concept de douleur globale ou **"Total Pain"**. C'est le concept à partir duquel s'est développée la démarche des soins palliatifs. Cette notion de "total pain" intègre douleur et souffrance. Elle compte quatre éléments que sont la douleur physique, la souffrance psychologique (et l'anxiété qui peut en découler), la difficulté sociale (liée à la perte de rôle au sein de la société, de la famille) et la souffrance spirituelle (liée au questionnement existentiel). Son idée centrale est que si un facteur de la douleur (physique, émotionnel, social et spirituel) était négligé, la douleur ne serait pas soulagée ([44]).
A ce titre, il est intéressant de reprendre la définition de la douleur telle que l'a caractérisé l'IASP (International Association for the Study of Pain) 10 ans plus tard : la douleur est une expérience désagréable sensorielle et **émotionnelle** : elle se vit dans le même temps sur le plan corporel et sur le plan psychique, quelle que soit son origine. Il n'y a donc pas de douleur physique sans contrepartie psychologique ([45]).
Les consultations douleurs sont justement qualifiées de consultations d'évaluations médico-**psychologiques**. Par ailleurs, plus la douleur est complexe, plus les évaluations pluridisciplinaires sont nécessaires. L'état psychique influence fortement la perception de la douleur. Anxiété et dépression sont des facteurs aggravants qu'il est nécessaire d'identifier pour une prise en charge efficiente ([45]).

C'est un des éléments qui est souvent revenu à ma question "*pour quel type de patient pensez-vous que les opioïdes sont inadaptés*" : **l'anxiété.** De nombreuses situations ont en effet été constatées, relatant que la part anxieuse pouvait être majeure et conduire à des augmentations de morphine injustifiées.

Dans l'étude d'E. Morton, les médecins n'ont pas le réflexe non plus d'évaluer la douleur dans toutes ses sphères et en particulier émotionnelle, considérant davantage que cela doit être traité à part ([10]). F. Jeanneret en 2015 constatait quant à elle, que 40,5 % des médecins exprimaient des difficultés à distinguer la souffrance physique et morale ([46]) tout comme la DRESS en 2006 ([47]).

3. La relation médecin - infirmier

Le Manque de communication entre médecin et infirmier :

Comme nous avons pu l'observer dans le cadre de l'évaluation de la douleur, les **transmissions** sont parfois insuffisantes entre médecin et infirmier. Ces remarques sont formulées par les infirmiers en établissement de soins. Au domicile en ville, avant de parler de manque de transmission, on parle déjà de manque de communication générale. Régulièrement, les infirmiers déplorent ne pas pouvoir joindre les médecins facilement. Que ce soit pour échanger, et partager les expériences sur un patient, pour adapter une prise en charge, ou parfois une demande d'intervention urgente. Cette communication est pourtant le socle d'un travail collaboratif.

Ce ressenti était déjà présent dans cette étude auprès des soignants à domicile en 2006 ([48]).

A ce titre, les médecins font peu savoir dans les études faites à leur sujet, ce manque de relation avec les soignants du domicile pour améliorer la prise en charge générale, ce qui montre bien leur distance sur cette question. Cette question est pourtant essentielle pour une bonne prise en charge des patients à domicile. ([48])

D'autant plus, que certains médecins souffrent de la solitude, et de la difficulté de surveillance des patients au domicile ([6]).

Etant donné le problème récurrent des médecins généralistes pour se rendre **disponible** au domicile des patients, on peut supposer, qu'une meilleure collaboration avec les infirmiers libéraux, pourrait éviter des hospitalisations fréquentes pour la prise en charge de la douleur.

Ressenti envers les médecins :

Tout les acteurs s'accordent à dire que l'évolution des mentalités a également été positive pour les médecins ces dernières années. Néanmoins, dans notre travail de thèse, nous nous attendions davantage à être surpris des freins des infirmiers que celui des médecins.

L'avantage d'interroger les infirmiers, résident dans le fait qu'ils sont en contact avec de nombreux médecins, aux pratiques différentes. Nombre d'entre eux ont été marqués par les freins et les craintes exprimés par une partie de ces médecins.

Concernant les **freins des médecins,** une étude dans un Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur à Toulouse en 2006 ([49]) mettait en évidence chez les patients de plus de 75 ans ayant des douleurs évaluées à 80/100 à l'échelle numérique, que les médecins instauraient un traitement par palier III dans seulement 12% des cas. Ils préféraient utiliser un palier II dans 68% des cas et plus surprenant encore, un palier I dans 20 % des cas.

F. Jeanneret l'a observé également dans son travail de thèse récemment en 2015 ([46]): 22,4% des médecins prescrivant des morphiniques chez les personnes âgées, n'étaient pas rassurés, et 55 % avaient peur des effets secondaires. La SFMG encore, évaluait à 69 % les médecins qui présentaient un frein en lien avec les effets indésirables. 20 % des médecins présentaient aussi un frein en lien avec leurs représentations socioculturelles (la mort, la fin de vie, la drogue, la dépendance, les maladies graves...) ([50]). Une infirmière interrogée relatait avoir été confrontée à un refus catégorique d'un cardiologue pour la prescription de morphiniques, car "*la morphine, c'est la mort*". D'autres ne l'utilisaient encore en 2014 "que" pour les douleurs d'origine cancéreuse ([6]).

Qu'il y ait un frein est une chose, que quelques médecins soient encore totalement réfractaires, c'est inquiétant. Inquiétant pour les patients qui souffrent, les familles qui souffrent et les équipes soignantes qui sont confrontées à ces situations terribles. Certains infirmiers en viennent à parler de maltraitance.

Nous avons retrouvé aussi des infirmiers de ville, résignés, qui relataient "*qu'avoir un médecin qui instaure de faible (*voire, très faible*) doses d'opioïdes, c'était déjà bien*". C'est un ressenti qui s'est dégagé à plusieurs reprises. Les médecins généralistes en ville sont perçus comme étant "*plus frileux*" qu'à l'hôpital.

Il est intéressant de constater lors de l'étude de comparaison de 46 médecins et 366 infirmières au Portugal en 2009 que les médecins présentaient de manière statistiquement significative

plus de fausses croyances que les infirmiers concernant la dépendance, la gravité de la maladie et présentaient plus de difficultés à utiliser la morphine ([8]).
Cette différence de représentation pourrait s'expliquer peut-être par l'utilisation plus fréquente des opioïdes forts par les infirmiers. En effet, ils peuvent être amenés à les manier tous les jours pendant que le médecin peut ne les prescrire qu'une fois par mois. Ceci renforce l'idée que la pratique serait source de réassurance, et permettrait ainsi de gommer les idées reçues.
Le premier frein selon certains médecins de Picardie serait "*Le médecin*" ([6]), car un médecin "*non convaincu, réticent, ne peut pas faire accepter sa prescription*".

Quelques infirmiers interrogés nous ont rapporté les propos de médecins affirmant qu'augmenter les doses de morphines, ce n'était pas pour calmer la douleur, mais c'était de la **sédation profonde, à la limite de l'euthanasie**, ce qui est confirmé dans d'autres recherches ([6]). Il est intéressant de faire le lien de l'euthanasie avec la réflexion d'une infirmière qui travaillait en soins palliatifs. Elle expliquait avoir compris surtout une chose au cours de sa longue expérience en soins palliatifs : dans des situations extrêmes, " *on ne peut jamais savoir comment on va réagir."* Alors même que certains patients revendiquaient l'euthanasie pour ne pas souffrir, ils pouvaient changer d'avis le moment venu. Et ce, en particulier, grâce à l'efficacité de la morphine, leur permettant de reprendre goût à la vie.
Ceci est confirmé par une étude réalisée aux Etats unis en 2000, mettant en évidence que l'utilisation d'opiacés forts pour maîtriser la douleur réduirait les demandes d'euthanasie exprimées par les malades et contribuerait également à une meilleure relation entre le médecin et ses patients ([51]). Une nouvelle source positive à l'égard des opioïdes.

Nous avons vu que certains médecins restaient réfractaires aux morphiniques et parfois privilégiaient davantage les paliers II. Or de nouvelles recommandations synthétisées par un groupe d'experts ([52]) remettent en question la "vieille" stratégie basée sur la **classification de l'OMS en 3 paliers** d'antalgiques. La stratégie proposait ainsi une gradation des traitements selon la puissance présumée des effets antalgiques et du profil d'effets indésirables.
Une nouvelle classification des antalgiques a donc été mis en place par Lussier & Beaulieu en 2010 dans l'International Association for the Study of Pain (IASP), privilégiant dorénavant le choix des antalgiques selon le type et le mécanisme de la douleur à traiter. ([53])
Il est dorénavant préférable de parler **d'opioïdes faibles et forts**. Il est reconnu qu'à dose équivalentes, de faible doses d'opioïdes forts seront aussi efficaces voire plus efficace et

souvent mieux tolérées que des doses élevées d'opioïdes faibles. Il n'est pas démontré en outre que leur risque addictif soit plus important ([52,54]).

Codéine, Tramadol mais aussi Oxycodone sont métabolisés par les cytochromes P450, ce qui peut entrainer des effets imprévisibles, à type de dépression respiratoire. En effet, suite à des décès survenus chez des "métaboliseurs rapides", la HAS a restreint début 2016 l'utilisation de la codéine chez l'enfant. Mais il est important d'avoir conscience que les variations de métabolisme avec des effets imprévisibles concernent également l'Oxycodone et le Tramadol.

L'efficacité des opioïdes forts est comparable quelle que soit la molécule. En pratique, mieux vaut privilégier la morphine, moins sujette aux variations de métabolisme et aux interactions pharmacocinétiques, et aussi moins couteuse ([52]).

C. Godard Martins a retrouvé à ce titre dans ses résultats en 2014 l'impression de certains médecins généralistes évaluant une meilleur tolérance avec les opioïdes forts que les opioïdes faibles ou les AINS, mais aussi moins d'interactions médicamenteuses ([6]).

IV/ TRIANGULATION ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE DES REPRESENTATIONS DES PATIENTS

1. Les représentations fortes des patients

Dans le cadre de notre thèse en miroir, Céline Barres (CB) a donc exploré la représentation des patients concernant les opioïdes forts.

Ceux-ci expriment comme représentation la plus forte celle de la "drogue" et ce qui s'y rapporte (addiction, dangerosité ou dépendance). Cette notion est également retrouvée par d'autres travaux ([9,10,39]). La perception des opioïdes forts en tant qu'antalgiques est également évoquée et développée mais semble moins prépondérante. Ces résultats ont été également confirmés par C. Godard Martins ou C. Renaux ou encore Musi, M. & Bionaz, A. ([6,9,39]).

Les opioïdes sont également associés aux images négatives de mort, de maladies grave et de fin de vie. En termes de signification, on retrouve donc les mêmes représentations que chez les infirmiers et les médecins, à la différence que chez les soignants, c'est le versant antalgique qui prédomine à l'évocation du mot morphine. Ceci peut s'expliquer par le statut d'infirmiers et médecins, tous deux soignants, ayant les connaissances et l'expérience de l'utilisation de la morphine avant tout comme un traitement antalgique. Néanmoins, il est

intéressant de mettre en évidence que la première perception des patients est négative au contraire de celle des soignants qui est positive. Concernant les autres représentations positives, les patients ont également évoqué la perception du soulagement psychique et d'un meilleur sommeil.

Les idées d'euthanasie ou du raccourcissement de la vie ne sont absolument pas évoquées durant les entretiens de CB C'est une surprise, mais pas totalement. Dans les discours de notre corpus, qui permet de refléter indirectement la perception de nombreux patients à travers le ressenti des infirmiers, on a pu constater que cette représentation était présente, en faible proportion, chez certains patients. En particulier, par la volonté de certains patients, de bénéficier de la "piqûre" pour accélérer la fin de vie et ne pas les laisser souffrir. D'autres patients, pouvaient l'exprimer sur le versant de la crainte. Crainte de se rapprocher de la mort plus rapidement. Mais il est vrai que ce n'est pas un ressenti fréquent. Cette perception est confirmée par les recherches déjà citées ci-dessus, retrouvant que 10 à 18 % d'avis favorables à cette perception dans la population ([6,9,39]).
Que ce soit la perception des infirmiers, ou l'impression dégagée par les médecins, les soignants semblent plus sensibles à la question. On peut supposer que le statut d'acteur de la santé, engageant leurs responsabilités, ait un rôle prépondérant dans ces représentations.

2. Les Effets Indésirables

CB, à travers son étude, met en évidence que les patients pris individuellement connaissaient très peu les effets secondaires liés à la morphine, tout au plus 2 ou 3. Et ce, alors que la constipation est très souvent citée (du fait de sa fréquence et de l'administration de laxatifs quasi systématique). De manière surprenante les nausées / vomissements ne sont jamais cités, alors que pour certains infirmiers, ils représentaient l'un des effets secondaires les plus marquants, voire constituaient une phobie.
Les effets indésirables avec la drogue, représentaient d'ailleurs les principales peurs exprimées par le corpus de CB, même si spontanément ils n'en n'évoquaient aucun.

S. Fouquet et M. Orset dans leurs travaux de Thèse en 2012, ont cherché à savoir comment les patients réagissaient en cas d'effets indésirables. Ils ont montré que 39% des patients adaptaient seuls leur traitement, 1/3 l'arrêtaient de leur propre initiative, 1/3 attendaient que

les effets s'estompent. L'information la plus intéressante montrait que seulement 18% des patients contactaient leur médecin traitant pour les avertir de cet effet indésirable ([55]).
On peut expliquer ce phénomène par une peur importante exprimée par les patients : la peur de déranger leur médecin. En effet nos deux échantillons de patients et infirmiers ainsi que d'autres études confirment cette tendance des patients à ne pas oser déranger leurs médecins. ([9,46,47,50]).
Ces éléments rendent compte de l'importance d'une éducation thérapeutique anticipée, dont les patients sont en demande :
C. Godard Martins a en effet montré que ces craintes pouvaient être compensées par une confiance supérieure envers leur médecin traitant, mais également que les patients étaient à l'écoute de leur médecin et même en demande d'éducation ([6]).

Une infirmière interrogée précisait que les patients ainsi identifiés comme n'osant pas déranger le médecin ou l'infirmier, étaient de parfait patients pour la pose d'une PCA (Patient Controlled Analgesia).
Ainsi, ils ne dépendraient plus du soignant pour avoir leur dose de morphine et retrouveraient alors une autonomie chère à leurs yeux.
La PCA aurait un deuxième avantage, en permettant de soulager la douleur avant que celle-ci ne s'installe de trop, éléments souvent rapportés par de nombreux infirmiers.

Au terme de l'expérience de la morphine et de l'interaction avec les soignants, les patients de l'échantillon de CB ont exprimé globalement une expérience positive du traitement :
Ils ont noté une amélioration de leur qualité de vie et une diminution des effets indésirables progressivement. Dès lors, la balance avantages / inconvénients semblait pencher en faveur du traitement par opioïdes forts. Les patients ont également ressenti un soulagement global grâce aux soignants (infirmiers, médecins, et psychologues) qui ont permis d'apaiser leurs craintes de façon régulière.

3. Relations médecins infirmiers et patients

Lors de notre premier jour de stage infirmier en 2e année de médecine, le personnel soignant avait insisté pour avoir des rapports respectueux avec les infirmiers '"qui en savaient beaucoup plus que nous". Aujourd'hui, nous nous rendons compte à travers nos entretiens et

d'autres études comme la thèse de C. Godard Martins ([6]), que certains médecins peuvent avoir des propos dénigrants envers les infirmiers, ne leur permettant pas d'être en confiance ni de prendre des initiatives.

E. David, B. Maresca et A. Fontaine ont effectué un travail de recherche dans le cadre de la DRESS sur la prise en charge de la douleur (chronique et liée aux soins) chez la personne âgée à domicile ([48]). Ils préconisent de prendre en considération le **rôle central** des soignants à domicile (infirmiers, aides soignants) plutôt que le médecin généraliste, du fait de leur **présence très régulière au domicile** et d'une **connaissance approfondie** des patients, au contraire du médecin.

C'est une remarque que de nombreux infirmiers ont formulé durant les entretiens. Ils regrettent de ne pas être mieux considérés par les médecins. Ils regrettent de ne pas pouvoir développer un esprit d'équipe pour améliorer l'efficience du traitement.

Il y a un ressenti de manque de disponibilité, de manque d'humilité de la part de certains médecins, et d'un surcroit de susceptibilité les empêchant d'émettre des avis.

C'est un sentiment exprimé principalement pour les médecins de ville. Les infirmiers travaillant dans les établissements de soins étaient davantage satisfaits de leur relation, mais avec la variable: médecin dépendant. Cette différence pourrait s'expliquer par la proximité, la nécessité de travailler sur le même lieu de travail, et de devoir privilégier un esprit d'équipe, ce qui n'est pas obligatoire en libéral.

Il apparaît aussi une impression envers certains médecins généralistes d'un **manque de compétences** et **d'expérience** envers les opioïdes. Ceci est confirmé dans l'étude de la DRESS ([48]), où les infirmiers pointent fréquemment l'insuffisante efficacité des prescriptions des généralistes, qu'ils attribuent, peut-être, à une compétence limitée de ces derniers dans le domaine des antalgiques.

C'est un ressenti également perçu et validé par CB : les patients ont une image très hétérogène des médecins. Une partie, est très satisfaite de la prise en charge, avec des médecins qu'ils trouvent très à l'aise. Une autre partie, en revanche, présente des ressentis plus négatifs, concernant un ou plusieurs médecins de leur entourage médical. Cette hétérogénéité a déjà été observée dans deux travaux de thèse récents de Florence Macario et de Dimitri Pluebel en 2017. ([5,56])

En effet, de façon globale les médecins non spécialisés dans la douleur sont parfois vus comme : manquant d'écoute, ayant des compétences limitées au sujet de la

douleur, frileux concernant les morphiniques, "tout-puissants", pouvant faire des choix arbitraires de modification de traitements antalgiques inappropriés. Quant aux médecins généralistes en particulier, il leur est reproché d'être difficilement joignables et peu disponibles, en particulier pour se rendre au domicile des patients.

Paradoxalement, certains médecins se trouvent au contraire suffisamment compétents ([48]).
D'autres, en revanche reconnaissent avoir des difficultés avec la prescription d'opioïdes ([6]).
Certains médecins généralistes précisent ressentir une sensation de solitude, des difficultés pour la surveillance des patients à domicile ([5,6]), et des difficultés pour réévaluer les patients dans les 48 à 72h ([5,57]). Ils ont par ailleurs conscience de freiner parfois la prescription en raison de leurs propres représentations ([58]).
On peut imaginer qu'il soit difficile pour certains médecins de voir les infirmiers remettre en question leur prise en charge. Cela pouvant être vécu comme un constat d'échec?
Cette phrase reflète bien la situation : *« Qu'il ne souffre pas est l'objectif de la famille, mais on dépend tous du médecin. »*

4. L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique a un rôle majeur dans l'observance d'un patient pour son traitement. C'est le moyen privilégié pour anticiper les situations et expliquer au patient comment réagir. Un défaut d'observance peut être dû à un manque d'informations fournies au patient, à une information de niveau inadapté, à un temps d'information insuffisant mais aussi à une capacité insuffisante du patient à comprendre et enregistrer l'information. En effet, "*on peut l'entendre mais ne pas le comprendre*".
L'observance est le témoin de la qualité de la relation médecin-malade. On sait d'après une étude auprès de patients hypertendus que la mauvaise observance est diminuée de moitié lorsque des explications sont données par le médecin au patient et à son entourage à propos de sa maladie, de l'indication du traitement de ses conditions de prises, ainsi que des effets potentiellement néfastes attendus ([59]). La satisfaction que peut avoir un patient de sa prise en charge médicale transparait également dans le niveau d'observance. Les prescriptions croissantes de morphiniques en ville nécessitent pour les patients d'acquérir des compétences, des connaissances à propos de leur traitement, afin de garantir un niveau maximal d'efficacité,

de sécurité et limiter l'angoisse. L'éducation thérapeutique est donc une des clés au bon soulagement de la douleur ([39]).

CB a constaté que les patients les mieux éduqués, exprimaient moins de réticence à la prise d'opioïdes forts. Claire Reneaux aboutissait au même constat, avec de meilleurs représentations chez les patients suivis en consultations douleurs ([11]), et moins de fausses croyances.

Quand on considère que les infirmiers peuvent passer chez le patient 2 à 3 fois par jour et le médecin seulement une à deux fois par mois, on comprend que favoriser l'éducation par l'infirmier se révèlerait beaucoup plus efficient.

Néanmoins, il existe encore une hétérogénéité en pratique dans la profession médicale. E. Morton a mis en évidence dans son étude qu'une partie des médecins avouait ne pas informer leurs patients volontairement de l'instauration d'opioïdes forts, sous prétexte que ce serait un frein à leur bonne mise en place ([10]) tout comme C. Godard Marins en 2014 ([6]).

5. L'évolution des mentalités

L'évolution des mentalités est constatée par beaucoup d'infirmiers. On utilise les opioïdes forts de manière plus précoce, à des doses plus élevées, pour tout type de patient. Les patients et les familles réclament d'être soulagés. Tout cela participe à gommer progressivement les idées reçues.

Ce sentiment est confirmé chez les médecins de l'étude de C. Godard Martins ([6]), qui remarquent une levée des freins ces dernières années.

Une explication à la persistance des idées reçues malgré les années, résident peut être dans un constat **générationnel**. Nombreux sont les infirmiers expliquant que ce sont surtout les anciennes générations qui restent ancrées dans leurs fausses croyances : que ce soit les infirmiers, les patients ou les médecins.

Un effet générationnel qui était déjà constaté en 2006 par les infirmiers ([48]), constatant que «*Les **nouveaux médecins** sont plutôt sensibles au sujet mais il y a tous les médecins de ville qui sont là depuis longtemps et qui ont du mal avec ça* ».

Dans sa thèse en 2012 sur les soins palliatifs, Claire Reneaux ([39]) retrouvait une différence significative entre les patients de plus de 65 ans et ceux de moins de 65 ans, en lien avec les

fausses idées. Les plus de 65 ans associaient en effet la morphine plus facilement à la mort, aux maladies graves et au raccourcissement de la vie.
Auprès du personnel infirmier en suisse en 2011 ([27]), l'âge était encore le facteur le plus influent sur l'impact des croyances personnelles sur la pratique. La tranche d'âge de 40 à 60 ans ou supérieur à 60 ans selon les services, utilisaient moins les échelles d'évaluation de la douleur. Ils mentionnaient davantage que la morphine était un médicament de dernier recours. De surcroit, ils pensaient qu'il existait un risque accru d'effets secondaires sur le système nerveux central et croyaient davantage à l'accoutumance.
Il serait certainement nécessaire de cibler cette tranche d'âge pour faire évoluer encore plus fortement ces représentations et ne pas attendre les départs à la retraite.

6. Un frein inattendu venu des pharmaciens

Les entretiens de CB ont mis en évidence une difficulté supplémentaire pour les patients que nous n'avions pas anticipé, et que nous n'avons pas pu vérifier dans la littérature. Il s'agit de la réticence de certains pharmaciens à la bonne délivrance des opioïdes. Plusieurs patients ont en effet rencontrés des difficultés à obtenir leurs traitements. Pour d'autres les pharmaciens ont tout bonnement refusé de leur délivrer ; restrictions pouvant causer des répercussions importantes sur le plan physique et psychologique.
Il serait donc en effet très intéressant de poursuivre ce travail de représentations des opioïdes forts chez les pharmaciens avec une nouvelle étude qualitative.

7. Les voies d'administration

Les voies d'administrations étaient également sujettes à des idées reçues chez les infirmiers. La voie transdermique est perçue comme moins efficace et au contraire, la voie IV est ressentie comme plus efficace et source d'appréhension pour certains. Est-ce en lien avec le risque d'erreur de dosage et les conséquences que cela peut entrainer ? Certains y pensent. L'instrumentalisation de l'acte, la rend également plus sérieuse, rend la maladie plus grave, et les risques plus importants. Seule l'expérience tend à calmer cette appréhension et rationaliser son utilisation comme une voie simplement plus "rapidement" efficace et donc plus adaptée aux situations d'urgences, sans être nécessairement plus dangereuse.

Dans l'étude des mythes de la morphine([27]), on retrouve un infirmier sur deux qui pensent que la voie veineuse est plus efficace que la voie orale tout comme l'étude de Verloo et al. en 2009 ([8]).

La perception des patients interrogés par C.B sur la voie transdermique confirme celle des infirmiers. En effet, les patients minimisent également l'effet de cette voie d'administration. Contrairement à la symbolique de prendre un traitement par la bouche, ce "petit patch" collé sur leur peau les effraie moins. Le patch serait à leurs yeux moins dangereux. Le risque étant alors de banaliser la prise. Nous avons vu dans nos entretiens plusieurs récits au sujet de patients en surdosage suite à l'oubli de patchs collés.

Comme le précise CB, cette voie peut être un atout pour les patients réfractaires à la morphine, et également avoir l'avantage de diminuer le nombre de comprimés à avaler quotidiennement. Mais la prudence est de mise, et une bonne éducation s'impose pour éviter tout mésusage et idées reçue.

Au delà du ressenti d'inefficacité, les infirmiers de notre échantillon ne trouvaient pas cette voie pratique (délai d'action trop long et risque de se décoller), et donc pas adaptée aux situations d'urgence ou d'hospitalisation.

8. Les patients réfractaires

Tout comme nous avons pu le ressentir au travers de nos échanges avec les infirmiers, peu de patient semblent dorénavant totalement réfractaires aux opioïdes forts, et ce à fortiori, après une éducation thérapeutique. En Picardie en 2014, les médecins généralistes confirmaient ce ressenti ([6]). D'après une revue de la littérature des études épidémiologiques sur la douleur en France et en Europe en 2017 ([60]), parmi les patients ne prenant pas d'antalgiques malgré une douleur modérée à intense, un tiers des patients souhaitaient **gérer leur douleur eux-mêmes**, 12 % **pensaient que rien ne pouvaient être fait**, et 11 % **souhaitaient «vivre» avec la douleur**.

Cela confirme l'étude réalisée dans la vallée d'Aoste en 2005 ([9]), qui mettait en évidence plus de 30 % de risque de non compliance à l'hypothèse de prendre de la morphine : 17 % des patients n'auraient pas pris de morphine si elle avait été prescrite et 16,5 % auraient réduit les doses.

Ces résultants corroborent ceux de CB qui n'a pas retrouvé de patients totalement réfractaires. En revanche, certains patients avouaient, malgré des douleurs importantes, se limiter dans la

prise des interdoses, alors que celles-ci étaient prescrites. Enfin, quelques patients atteints de douleurs non cancéreuses, exprimaient la volonté de limiter les doses de fond.

V / PERSPECTIVES

La perception de la morphine est déterminée par des idées reçues ou mythes, fondés sur une méconnaissance du produit et un manque d'expérience et de pratique. Les mentalités évoluent favorablement dans tous les corps de métiers et dans la population. Il n'en demeure pas moins qu'il reste encore des progrès à faire.

Selon l'OFMA et l'ANSM ([61]), l'évolution des ventes d'opioïdes forts de 2005 à 2016 révèle que la morphine par voie orale reste la première substance prescrite malgré une diminution de 11% sur les dix années étudiées. En revanche, l'usage d'Oxycodone a augmenté de 613%, atteignant un nombre de vente proche de la morphine. Dans le même temps, le Fentanyl transmuqueux a vu une hausse de 263% de ses ventes (mais utilisation très faible en 2005) et 72% pour le Fentanyl transdermique. Ces statistiques montrent une hausse globale progressive des opioïdes forts ces 10 dernières années. Une revue d'épidémiologie et de santé publique confirme cette tendance et précise avoir constaté une augmentation des opioïdes forts de 2004 à 2015 de 75%, et en particulier une hausse de 71 % dans le cadre des douleurs chroniques non cancéreuses ([2]). Des résultats encourageant qui permettent d'espérer une amélioration progressive de l'image des opioïdes.

Dans le rapport en 2011 du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), sur l'évaluation des plans douleurs précédents ([62]), il a été constaté pour la grande majorité des personnes auditionnées, que la prise en charge de la douleur s'est améliorée en dix ans en ce qui concerne tant l'information, la formation, la détection, l'évaluation que le traitement. Mais ces améliorations ne doivent pas masquer la grande hétérogénéité dans les pratiques et dans l'organisation des soins, comme nous l'avons vu dans notre de travail de thèse. Dans l'évaluation des mesures, on peut en particulier constater que la lutte contre les freins à la prise en charge des douleurs *aiguë*s, qui est la première mesure du 1er objectif du plan douleur 2006-2010 n'est pas suffisante et reste à développer ([62]).

En France et en Europe en 2017 ([60]), il était encore constaté un nombre important de patient insuffisamment soulagés. Malgré un traitement antalgique, pour plus de 75 % des patients, la douleur n'était pas correctement soulagée. Près de 80 % des patients de plus de 65 ans se disaient insuffisamment ou pas du tout soulagés et 50 % d'entre eux présentaient des répercussions quotidiennes sur leur qualité de vie.

Au terme de ces entretiens, nous avons relevé plusieurs éléments qui nous paraissent déterminants pour l'amélioration des représentations mais également l'amélioration des relations entre tous les intervenants :

1. La revalorisation de l'image des opioïdes forts

L'évolution notable par rapport aux anciens travaux de recherche, réside dans l'évocation des autres **vertus** que l'antalgie liée à la morphine. Est-ce du fait de la méthodologie, de la nature des questions posées dans ces études?
En tout état de cause, les infirmiers de notre corpus spontanément ont énuméré le **soulagement de la souffrance physique et psychique**, un **sommeil réparateur**, **l'autonomie,** le **confort respiratoire** dans certains cas précis, mais aussi la **dignité et le goût à la vie.** Certains infirmiers avaient conscience aussi qu'une partie des effets indésirables tendaient à disparaître en 24 à 48h. On en conclue que la qualité de vie est améliorée sur les plans physiques, psychiques, sociales et spirituelles. Une image confirmée par celle des patients globalement positive finalement en terme d'avantages et inconvénients.

Pour améliorer l'adhésion du corps infirmier à la prescription des opioïdes, Mathey-Doret-Berthoud H. ([38]) expose l'idée d'un enseignement plus spécifique de la physiopathologie de la douleur (ce qui est d'ailleurs demandé par certains infirmiers) et de ses répercussions sur le corps. En effet, la douleur peut-être responsable d'une tachycardie, une hypertension, une vasoconstriction potentiellement responsable d'ischémie myocardique, de retentissement sur les reins et les intestins, de troubles métaboliques, d'une diminution des défenses immunitaires, de troubles de la coagulation ou encore de complications postopératoires ([38]). Certains de ces symptômes imputables à la douleur peuvent même conduire jusqu'à l'accélération du décès du patient.

Le fait de savoir que physiologiquement il est bénéfique pour l'organisme de ne pas souffrir, et que le traitement peut avoir d'autres vertus que l'antalgie, peut être un formidable accélérateur de la bonne image de la morphine.
Mais c'est une dimension que nous avons peu rencontré dans la bibliographie sur les représentations des opioïdes forts.

2. La revalorisation du rôle des infirmiers

Le rôle des infirmiers au sein de la prise en charge des patients doit être revalorisé par les médecins. Du fait de leur statut privilégié de personnel soignant au domicile établissant des rapports de confiance étroit avec les patients, il est primordial de renforcer leur action dans l'éducation thérapeutique, l'évaluation des patients et la surveillance. Cela permettrait d'optimiser et d'équilibrer les traitements par opioïdes, favoriser l'observance, éviter les mésusages et ses conséquences (en particuliers, les effets secondaires). Leur intervention apporterait un bénéfice majeur sur la qualité de vie en termes de présence, de réassurance et de disponibilité. En effet, nous avons pu mettre en évidence, les bienfaits thérapeutiques de l'écoute liée à la présence des infirmiers au domicile du patient.
In fine, c'est l'image globale des opioïdes forts qui serait renforcée.
Mais il est essentiel pour y parvenir, d'améliorer les relations entre médecins et infirmiers pour que l'on puisse travailler main dans la main dans une confiance réciproque et être ainsi plus efficient.
Comme l'a justement énoncé une infirmière par une métaphore pertinente pleine de sens, on ne doit jamais oublier que les infirmiers sont *«les yeux et oreilles du médecin au domicile des patients ».*

3. Renforcer la relation médecin-infirmier

Les infirmiers ont émis plusieurs idées intéressantes dans le but d'améliorer les relations entre médecins et infirmiers, telles que :
- La possibilité de pouvoir joindre le médecin traitant plus facilement sur son **téléphone portable**. Que ce soit par appelle téléphonique ou SMS**.** Ce dernier présente l'avantage comme nous le rappelait un infirmier, de pouvoir laisser un temps de réflexion au médecin, ne

pas le déranger immédiatement, et surtout avoir une trace écrite, ce qui est un facteur très rassurant pour l'infirmier dans le cadre de sa responsabilité.

- Les **échanges par mails**, plus formels, qui permettent aussi de pouvoir envoyer au médecin des photos. Le médecin quant à lui aurait la possibilité d'envoyer rapidement des prescriptions. En effet, à l'heure actuelle, même si le médecin n'est pas au cabinet, il a la possibilité avec les Smartphones de scanner une ordonnance et de l'envoyer instantanément. Ce moyen permet également de conserver une trace écrite pour les infirmiers.
- Une autre proposition serait **d'organiser régulièrement des rencontres** entre médecins et infirmiers pour discuter des patients en commun, voire de faire des formations en commun. Ce procédé permettrait de davantage échanger les points de vue, les idées de prise en charge, de mieux connaitre les patients et de pouvoir réagir de manière plus adaptée en cas de problème.
- Le développement des **maisons de santé** est aussi une bonne occasion de travailler en équipe et de rapprocher les infirmiers des médecins généralistes.

3. Cadrer davantage la prise en charge des patients

Les infirmiers ont exprimé régulièrement ou indirectement la requête d'être **mieux encadrés.** Que ce soit par l'accès à une prescription écrite rapidement. Que ce soit par la possibilité d'avoir des protocoles à domicile pour savoir comment administrer les opioïdes en fonction de l'évaluation de la douleur, avoir des protocoles en cas d'effets indésirables. En effet, comme nous l'avons vu, la nécessité de prendre des initiatives peut être source d'appréhensions, puis de mésusages et enfin, d'idées reçues. Il serait donc judicieux à ce titre, de promouvoir et favoriser la rédaction de **prescription anticipées personnalisées** par les médecins.

L'encadrement de l'information à transmettre au patient serait également constructif. En effet, dans les services de soins palliatifs, ils tiennent à ce que l'éducation des patients se fasse en présence d'un infirmier ou d'un aide soignant, dans le but que celui-ci puisse réexpliquer les informations fournies, les jours suivants. Sur le même principe, s'entretenir avec l'infirmier libéral, pour l'informer de la prise en charge et ainsi tenir le même discours face au patient, permettrait de renforcer le poids de ce message, et renforcer la confiance du patient envers l'équipe soignante et donc l'observance.

Favoriser l'encadrement par les structures pluridisciplinaires tel que **l'HAD ou les équipes mobiles de soins palliatif** a été également plébiscité. En effet, ces structures ont des moyens et ressources supplémentaires pour aider les soignants en ville. Surtout, ces structures ont des permanences de soins disponibles en dehors des horaires de cabinet, parfois la nuit et les WE, ce qui permet d'avoir un contact facilement accessible pour les infirmiers, sans passer par le SAMU. De plus, ces structures bien formées à l'utilisation des opioïdes, permettraient de familiariser les soignants en ville à sa bonne utilisation, comme le préconisait aussi E. Morton en 2013 ([10]).
Toutefois, cette démarche doit être acceptée par les médecins, et en pratique les infirmiers constatent que ce n'est pas toujours évident, le médecin pouvant vivre cela comme un échec.
C. Debieuvre dans son travail de thèse en 2016 confirmait le frein de certains médecins à mettre en place les réseaux de soins palliatifs à domicile ([63])**.**

Poursuivre le développement des CLUD (comités de lutte contre la douleur et des soins palliatifs) qui œuvrent pour une prise en charge optimale de la douleur dans les établissements de santé. On a pu constater durant nos entretiens avec les infirmières du CLUD, que celles-ci portaient une plus grande attention à l'évaluation de la douleur, à l'utilisation adaptée des échelles d'évaluations, à la surveillance et à la réévaluation régulière des patients. Cela permet également de remettre en question les pratiques des services, et de favoriser les formations des personnels soignants.

4. Pallier le manque de temps et la revalorisation des actes

Le manque de temps est un problème récurrent et a pour conséquence de devoir interroger, évaluer, examiner, réfléchir, et agir rapidement. L'analyse a permis de démontrer qu'une prise en charge idéale du patient nécessiterait l'accomplissement de nombreux actes chronophages : une évaluation rigoureuse, une prise en compte de l'individu dans toutes ses sphères (physique, psychique, sociale et spirituelle), un travail en équipe, l'échange avec les soignants du domicile, avec la famille, avec les spécialistes… Si l'on ajoute à ces exigences, la gestion de l'administratif, la pression des patients et tous les autres éléments annexes du métier au quotidien, il est donc à l'évidence très difficile de pouvoir exercer dans de bonnes conditions, compte tenu de ce manque de temps dont souffre l'ensemble des personnes soignants.

Revaloriser les actes de chaque professionnel de santé, pour les patients nécessitant une prise en charge approfondie, permettrait et inciterait ces mêmes professionnels à prendre ce temps primordial.

On peut également réfléchir en termes d'effectif. Le **numérus clausus** en médecine n'a que très peu évolué depuis 10 ans passant de 7300 pour l'année 2007-2008 ([64]) à 8205 pour l'année 2017-2018 ([65]). Est-ce que cela sera suffisant pour compenser le nombre de départ à la retraite qui risque de s'accentuer dans les prochaines années, associé à un exercice de la médecine qui évolue? La profession se féminise, le temps partiel se développe, et les jeunes générations ne veulent plus travailler 80 heures par semaine.

Le 18 septembre prochain, le gouvernement annoncera son plan “ hôpital ” pour réformer le système de santé, mais aussi de formation des professionnels du monde médical. Une réflexion au sujet du numerus clausus est d'ailleurs à l'étude.

5. Améliorer la formation des professionnels de santé

5.1 Renforcer la formation pratique

On a pu constater que les infirmiers sont en demande d'une meilleure formation théorique mais davantage encore, d'une meilleure formation pratique. Différents témoignages viennent établir à quel point la pratique est fondatrice d'un savoir-faire à leur niveau.
Que ce soit pour les aides soignants, les infirmiers ou les médecins, les plans douleurs successifs ont permis de mettre en place de nouveaux modules permettant d'approfondir les connaissances sur les antalgiques et en particuliers les opioïdes, mais aussi les soins palliatifs ([62]). Cependant, au vu des commentaires au sujets des infirmiers sortant de l'école, il n'est pas certains que le dispositif actuel de formation suffise. Raison pour laquelle il serait intéressant d'axer aussi la formation sur la "pratique" en réfléchissant à former davantage les tuteurs de stages par le biais peut-être de référents douleur, pour un meilleur encadrement.
Il pourrait aussi être opportun de réfléchir à un passage obligatoire dans certains services pour se familiariser et acquérir de meilleures expériences avec les morphiniques et ainsi, gommer les idées reçues.

Le Centre Antoine Lacassagne à Nice, établissement de lutte et de recherche contre le cancer, a justement élaboré un "Parcours Formant" permettant aux nouveaux infirmiers travaillant au centre d'effectuer 3 jours de formation au département douleur.

Pierre Paris confirmait dans son mémoire de Diplôme d'Etat d'Infirmier en 2008 ([14]) que l'apprentissage d'une bonne gestion des traitements opioïdes et de la douleur ne pouvait se faire que par la pratique. Cette conclusion était également corroborée par Florence Macario en 2013 et Dimitri Plubel en 2017, mettant en évidence que les jeunes médecins, malgré une formation plus récente et plus approfondie en algologie, développaient des freins à l'administration des morphiniques en raison d'un manque d'expérience ([66] [67]).

Une optimisation de la formation pratique quant à l'utilisation des opioïdes forts s'avère donc nécessaire et pourrait être associé à une formation en soins palliatifs.

5.2. L'uniformisation de l'enseignement

On observe au niveau des études médicales et du cursus infirmier, au niveau national, un manque d'uniformité du contenu ou des méthodes d'enseignement, parfois très important. Le rapport de R. Aubry faisant l'état des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 ([68]), notait un nombre d'heures de cours variant de six à trente cinq selon les facultés. Le ministère de l'enseignement supérieur a établi un programme, contenant des objectifs globaux pour chaque module ou unité d'enseignement. Cependant au niveau local, il est laissé ensuite une grande liberté d'enseignement et donc une grande variabilité de formation d'un centre à un autre. Il semble nécessaire d'uniformiser le contenu de chaque cours. Ainsi, on pourrait contrôler les messages transmis et à transmettre. En conséquence, le temps d'enseignement de chaque cours thématique serait alors rendu identique dans toutes les facultés ou instituts de formation en soins infirmiers. De cette façon, les soignants mieux formés deviendraient des vecteurs de justes représentations à propos de la morphine.

5.3. Les formations continues

Il est important de mettre l'accent sur l'amélioration des formations continues existantes sur la douleur, les soins palliatifs, et les opioïdes. Actuellement, les formations sont encore disparates dans les établissements de soins. En effet, certains infirmiers de notre échantillon n'ont pas pu accéder aux formations de leurs établissements malgré leurs motivations. La formation via les diplômes (inter) universitaires représente malheureusement pour certains un investissement financier, et personnel parfois trop important, avec par exemple la nécessité de rédiger un mémoire à son terme. Des progrès sont donc encore à attendre dans cette voie là.
L'HCSP dans son évaluation du plan douleur 2006-2010 valorisait bien entendu la formation continue ([62]). D'autant plus qu'il existe dorénavant des recommandations solides de la HAS et de l'ANSM en matière de prise en charge de la douleur. La question à résoudre est celle de la diffusion de ces recommandations et les moyens à développer pour que les cliniciens se les approprient afin d'obtenir de profondes modifications des pratiques professionnelles. Ces formations doivent associer des formations intrasites, des formations type FMC et la participation à des colloques nationaux ([62]).
Certains infirmiers sont également en demande de formations obligatoires. Il serait intéressant d'y songer.

6. Créer un carnet de douleur

CB propose dans son travail de thèse, la création d'un carnet de douleur qui pourrait être créé comme le carnet de santé chez l'enfant, ou le dossier de grossesse AUDIPOG. Il pourrait y figurer les échelles d'évaluation de la douleur, les questions à poser de manière régulière, sous forme de propositions avec des cases réponses à cocher, des conseils et des informations sur les idées reçues et la réalité. On pourrait également inciter les médecins et infirmiers à prendre en compte les autres sphères que la souffrance physique, à savoir les champs émotionnels, sociales et spirituels. Il serait intéressant d'évaluer également les représentations des patients au sujet de la morphine, de la douleur et de la fin de vie le cas échéant, pour mieux s'adapter à chaque patient.
La systématisation de cet outil matérialisé permettrait de responsabiliser tous les professionnels de santé. Il permettrait de corriger les fausses représentations, en formant les

médecins et les infirmiers directement sur place. CB propose de rendre obligatoire ce dispositif après un test départemental (au minimum) pour lui permettre de s'implanter.

7. L'utilisation du numérique

En rédigeant cette thèse, nous avons pu observer qu'une multitude d'organismes, de sociétés savantes, de collèges nationaux, d'avis d'experts rédigeaient des recommandations telles que :
La HAS, l'ANSM, L'Institut national du cancer, le CLUD, la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), le Réseau Ville-Hôpital Lutter Contre la Douleur, la Société Française de Cancérologie Privée (SFCP), le service du ministère de la santé, La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, l'Observatoire national de la fin de vie, le Centre National de Ressources Douleur (CNRD), la Société Française de Médecine Générale (SFMG) ...
Il parait évident qu'il est difficile de s'y retrouver, et de pouvoir accéder à toutes ces données. Dans le contexte de la médecine générale, il serait bénéfique de se demander **comment mieux diffuser les recommandations**, les avis d'experts, les guides pour les praticiens, infirmiers ou patients, les protocoles de prise en charge ou les outils d'évaluations existants.
Nous pensons que créer une **plateforme internet unique**, avec un moteur de recherche intuitif selon le type de document recherché permettrait de gagner un temps précieux dans les recherches. Surtout, cette plateforme inciterait les médecins, en consultation, à aller rechercher ces ressources mais également les infirmiers qui sont en demande d'informations supplémentaires. Cela permettrait aussi plus facilement de voir ce qui a déjà été créé et ce qu'il reste à élaborer. Une telle plateforme aurait pour avantage par exemple de pouvoir transmettre des outils d'évaluation ou d'information facilement à l'ensemble de la communauté médicale. Aujourd'hui par exemple, de nombreux Thésards ont des idées mais manquent de ressources pour pouvoir les diffuser simplement.
On pourrait à partir de cette plateforme unique imaginer facilement une application pour Smartphones qui nous donnerait accès à l'ensemble de ces sources en un clic (ou presque).

Toujours avec le numérique, nous attendons encore un vrai développement du Dossier Médical Partagé (DMP). Dans le cadre d'une meilleure communication avec les infirmiers, nous pourrions espérer un accès pour ce personnel soignant et ainsi faciliter les transmissions.

Une application pour ordinateurs, tablettes et « smartphones »

De manière plus spécifique à la prise en charge de la douleur, il serait intéressant d'optimiser voire de créer des applications pour l'aide à l'accompagnement des patients souffrant de douleurs intenses ou invalidantes. En effet, les applications sont devenues omniprésentes dans notre société actuelle. La diffusion d'information via ce procédé apparait donc primordiale.
Plusieurs applications ont déjà été créées :
- "Mon Coach Douleur", à destination des patients, pour gérer et suivre ses douleurs (journal de douleur, rendez-vous) en interaction avec les professionnels de santé.
- "Livret douleur" créé par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Il s'agit justement d'une application d'aide pour la prise en charge de la douleur destinée aux soignants, avec une mise à disposition de recommandations, de protocoles, d'exemples de prescriptions. Il est par exemple spécifié les molécules et posologies à utiliser dans le cadre de douleurs neuropathiques. Des informations à diffuser aux patients sont également précisées, mais aussi quelques outils comme les coefficients de conversion des différents antalgiques. Des améliorations pourrait être envisagées, comme davantage d'informations à diffuser aux patients (voire sous formes de fiches numériques). A la lumière de notre analyse, il serait surtout fort utile, d'y insérer une rubrique concernant "les fausses croyances" ou les "mythes" liés aux opioïdes forts, pour informer les professionnels de santé et les patients sur les idées reçues freinant l'administration et la prise des morphiniques.

8. Outils et projets en cours de réflexion

Candidature au Prix Teva Marguerite :
Avec l'aide de notre directrice de Thèse Elise Gilbert, nous avons concouru au Prix Teva Marguerite le 30 juin 2018. Dans le cadre d'actions menées en partenariat avec la Société Francophone d'Onco-Gériatrie (SoFOG), ce prix récompense un projet, destiné à soutenir des actions pluridisciplinaires innovants en oncologie et onco-hématologie afin d'améliorer l'observance de leurs traitements par les personnes âgées.
Une dotation de 30 000€ est attribuée à l'équipe lauréate pour le développement du projet présenté.

Nos travaux de thèse respectifs avec Céline Barres se prêtant parfaitement au sujet de l'observance des traitements par opioïdes forts, nous avons proposé la création d'une application qui permettrait de garantir cette observance.
Nous n'avons, à ce jour, pas encore reçu de réponse à notre candidature.

Fascicule papier :

Initialement, un fascicule d'information à destination des patients était en cours d'élaboration pour les patients du CAL de Nice. Mais suite à notre étude, nous nous penchons désormais sur la création d'un « carnet de douleurs » qui sera distribué, dans un premier temps aux patients du CAL. L'évaluation de cet outil sera à évaluer dans une prochaine thèse.

CONCLUSION

Depuis maintenant 20 ans, avec le premier plan douleur mis en place par le gouvernement, la prise en charge de la douleur est devenue une préoccupation de santé publique. Les stratégies mises en place ont permis de faire évoluer les mentalités de tous les acteurs favorablement, que ce soit les patients, les médecins ou les infirmiers.

Au terme de cette thèse en miroir avec Céline Barrès, nous avons pu mieux comprendre les représentations des patients, des infirmiers mais aussi des médecins au sujet des traitements par opioïdes forts. Pour tous les acteurs, la morphine a pour but principale de soulager les douleurs. Grâce à son action antalgique, la morphine permet d'améliorer parfois considérablement la qualité de vie.

De manière globale, les patients de l'échantillon de CB et notre échantillon d'infirmiers, ont exprimé un **ressenti et une expérience globalement positive des opioïdes forts**, peut-être même davantage, que ce que l'on espérait avant d'initier cette étude.
Nonobstant ce bilan plutôt positif, l'étude menée a permis de mettre en évidence de sérieux obstacles et difficultés persistantes. En effet de nombreux freins liés aux **fausses croyances** entourent encore les opioïdes forts.

Certains éléments que nous n'avions pas prévus, ont retenu particulièrement notre attention :

Alors que les infirmiers et les patients se déclarent relativement à l'aise et non réfractaires aux morphiniques, dans la réalité, de nombreux freins sont manifestés. Les infirmiers, à l'idée de prendre un jour de la morphine, expriment en effet une peur liée principalement aux effets indésirables mais aussi à la dépendance et à l'image de la mort. Cette crainte rejaillit sur leurs habitudes d'administrations, avec un frein à la délivrance des interdoses de morphine, malgré des douleurs intenses, privilégiant ainsi les paliers I ou les anti-inflammatoires.

Le constat est relativement le même pour les patients, avec l'expression d'un frein à la prise d'interdoses, voire des doses de fond. Ces freins sont expliqués également par la peur de la dépendance, de l'accoutumance, et des effets secondaires.

Alors que nous pensions que les médecins manifesteraient moins de craintes, nous avons été surpris de constater, que l'image dégagée aux patients et aux infirmiers était relativement négative. Les mêmes freins et idées reçues sont ainsi constatés chez les médecins. Ces représentations négatives ont pour conséquence, en pratique, une prescription insuffisante d'opioïdes forts, des prescriptions inadaptées, mais aussi retardées, voire parfois l'absence totale de prescriptions par peur des morphiniques.

Cette étude nous a permis de constater l'importance de l'expérience et de la pratique dans l'élaboration et l'ancrage des bonnes et fausses représentations liées aux opioïdes forts. La formation pratique, qui ne jouit pas d'une très belle image chez les infirmiers, nécessite donc d'être renforcée.

Les **nouvelles recommandations**, qui incitent dorénavant à privilégier les faibles doses d'opioïdes forts au détriment de fortes doses d'opioïdes faibles, devraient permettre d'accroître la prescription des morphiniques. Cette augmentation doit garantir à terme, nous l'espérons, une amélioration également des représentations.

Enfin l'étude nous a permis de prendre conscience, davantage encore, du **rôle crucial de l'infirmier, maillon central entre le médecin et le patient.** Leur statut privilégié leur permet d'établir des relations de confiance au quotidien avec les patients. Par l'écoute et le dialogue, l'infirmier peut ainsi contribuer grandement à **l'éducation thérapeutique** du patient, laquelle se révèle essentielle. L'évaluation de la douleur et l'utilisation d'échelles sont également primordiales, pour une meilleure adaptation du traitement, une plus grande satisfaction du patient et donc une meilleure observance.
A la lumière de l'ensemble de ces considérations, il semble donc essentiel de renforcer la relation et la **collaboration médecin - infirmier**, pour in fine gommer les idées reçues.

À l'issue de ce travail de recherche, nous proposons le développement d'outils afin de réduire les représentations négatives liées à la morphine. Il s'agit de l'élaboration d'un carnet douleur visant à améliorer le suivi, l'évaluation des douleurs, la transmission d'informations et la coordination de la prise en charge de la douleur entre les différents acteurs. En parallèle, nous sommes dans l'attente de l'appel à projet du **Prix Teva Marguerite** afin d'améliorer

l'observance des patients vis à vis des traitements par opioïdes forts, grâce à l'élaboration d'une application pour Smartphones.

Il conviendra dans un second temps de réaliser une évaluation de ces outils par l'intermédiaire d'un futur projet de thèse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD). *Livre blanc de la douleur 2017 :État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen*. (2017).
2. Chenaf, C. *et al.* Usage et mésusage des antalgiques opioïdes en France entre 2004 et 2015. *Rev. DÉpidémiologie Santé Publique* **64,** S303–S304 (2016).
3. Hider Mlynarz, K., Cavalié, P. & Maison, P. Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe. *Br. J. Clin. Pharmacol.* **84,** 1324–1334 (2018).
4. LE SENAT. La prescription des antalgiques majeurs. Available at: https://www.senat.fr/lc/lc41/lc41_mono.html.
5. F. Macario. Etat des lieux et besoins des médecins généralistes des Alpes Maritimes face à l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse. (Université de Nice, 2013).
6. Claire Godard Martins. Représentations de la morphine chez les médecins généralistes et les patients en Picardie. (Amiens, 2014).
7. Visu Roscoulet Doïna Adriana. Analyse de prescription des morphiniques auprès des médecins généralistes du val de marne. (Créteil, 2008).
8. Verloo, H., Emmanuel, K., Ferreira, M., H. Rapin, C. & Chastonay, P. Opiophobie: état des lieux auprès des soignants à Beira Interior au Portugal. *Douleur Analgésie* **22,** 186–195 (2009).
9. Musi, M. & Bionaz, A. Les mythes de la morphine: Une étude auprès de la population générale, des infirmières, des infirmiers et des médecins en Vallée d'Aoste. *Rev. Int. Soins Palliatifs* **20,** 107 (2005).

10. Morton E. Morphine ou la mauvaise réputation, étude qualitative sur les représentations des opioïdes forts chez les médecins généralistes landais. (Amiens, 2013).
11. Reneaux, C. Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative. (Faculté de médecine de Nancy, 2012).
12. Perfezou Lemaine S. Représentations sur la morphine chez les patients en médecine générale. (2017)
13. P. Hudelson. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *vol. 0, no. 2497* (2004).
14. Paris, P. Morphine ou 'Mort Fine'. (Evreux, 2008).
15. Filipa Pereira. Perceptions de la morphine auprès des étudiants en soins infirmiers. Quelles sont les différences dans les perceptions de l'utilisation de la morphine entre les étudiants du bachelor en soins infirmiers de l'HES-SO Valais. (2011).
16. Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M. & Imbert, P. Introduction à la recherche qualitative. **19,** 4 (2008).
17. Lejeune, C. *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. (De Boeck, 2014).
18. Dumez, H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? Le Libellio d'Aegis, pp.47-58. (2011).
19. Côte, L. & Turgeon, J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale* **3,** 81–90 (2002).
20. Kaufmann, J.-C. L'entretien compréhensif. 64 (2006).
21. Blanchet, A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. (Armand Colin, 2007).
22. Dumez, H. Méthodologie de la recherche qualitative. *2e Édition* 26 (2016).
23. Réflexions et avancées statistiques. in *INSEE méthodes N°109* P. 41–50.

24. France, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques & Sicart, D. *Les professions de santé au 1er janvier 2014: document de travail*. (DREES, 2014).

25. Tavolacci, M.-P. & Ladner, J. *Lecture critique d'article: préparation aux ECN*. (Maloine, 2008).

26. Butori, R. & Parguel, B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. 20 (2010).

27. Samuel Zryd & Docteur Thomas Doucet. Mythes de la morphine auprès du personnel infirmier, Etude comparative entre diverses unités de soins du Valais romand. (2011).

28. Gomas, J.-M. Petite histoire de la douleur et de la morphine. Ou tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'histoire des antalgiques et de la douleur sans oser le demander. *Le courrier de l'algologie Vol 3 No 2* 59–66 (2004).

29. Broekmans, S., Vanderschueren, S., Morlion, B., Kumar, A. & Evers, G. Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital. *Int. J. Nurs. Stud.* **41,** 183–189 (2004).

30. Porter, J. & Jick, H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N. Engl. J. Med.* **302,** 123 (1980).

31. Schug, S. A. *et al.* A long-term survey of morphine in cancer pain patients. *J. Pain Symptom Manage.* **7,** 259–66 (1992).

32. Von Roenn, J. H., Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K. & Pandya, K. J. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann. Intern. Med.* **119,** 121–6 (1993).

33. Vergne-Salle, P. *et al.* Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : Revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique :

«Les recommandations de Limoges 2010». *Douleurs* (2012). doi:10.1016/j.douler.2012.09.001

34. Joranson, D. E., Ryan, K. M., Gilson, A. M. & Dahl, J. L. Trends in Medical Use and Abuse of Opioid Analgesics. *JAMA* **283,** 1710–1714 (2000).
35. Peyrard, C. Douleur et morphine : Evolution des idées et des pratiques. *InfoKara* **21,** 10–11 (2006).
36. Courné, M. *et al.* AFSSAPS - Compte rendu de la commission nationale des stupéfiants et des psychotropes du 23 Avril 2009. 19 (2009).
37. Edwards, H. E. *et al.* Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nurs. Health Sci.* **3,** 149–159 (2001).
38. Mathey-Doret-Berthoud, H. Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires. (University of Geneva, 2004).
39. Claire RENEAUX. Représentations des traitements morphiniques chez les patients en situation palliative. (Nancy, 2012).
40. HERNANDEZ Angélique. La prise en charge de la douleur sous l'influence des représentations sociales. (Toulon Hyères, 2006).
41. Abric, J. C. *Pratiques sociales et représentations*. (1994).
42. Tajfel, P., Gerche, S. & Huas, D. La douleur en médecine générale, Point de vue du médecin de la douleur. *Douleur Analgésie* **15,** 71–79 (2002).
43. Corinne Emery, Brigitte George , Jean-Marie Gomas, Dominique Delfieu , Viviane Mimaud , Pascal Guillon , Francis Fagnani. Prise en charge de la douleur en médecine générale : l'étude EPIDOL. *EM-Consulte* (2005).
44. Cicely Saunders. *Soins palliatifs: une approche pluridisciplinaire*. (Lamarre, 1994).

45. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) & Centre National de Ressources Douleur (CNRD). *La douleur en questions. Quand les professionnels de santé vous expliquent la douleur et les traitements*. (MED-LINE, 2018).

46. Jeanneret, F. Perception par les médecins de la douleur chronique chez les patients âgés de plus de 75 ans : enquête auprès des médecins généraliste de Côte d'Or. (2015).

47. Élodie DAVID, Bruno MARESCA, Aubane FONTAINE. La prise en charge de la douleur chronique ou liée aux soins chez les personnes âgées, par la médecine de ville, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile. *DRESS* 79 (2006).

48. David, É., Maresca, B. & Fontaine, A. La prise en charge de la douleur chronique ou liée aux soins chez les personnes âgées, par la médecine de ville, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile. 79 (2006).

49. Grandmottet, B., Caussé, B., Lestrade, C. & Cantagrel, N. Épidémiologie de la douleur chez les sujets de plus de 75 ans vus dans un CETD. (2008).

50. SFMG, Arnould M. & Raineri F. Freins et obstacles à l`initiation d`un traitement antalgique de palier en médecine générale. (2010).

51. Emanuel, E. J. Attitudes and Practices of U.S. Oncologists regarding Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Ann. Intern. Med.* **133,** 527 (2000).

52. Dr Robinet S. *et al.* Opioïdes forts et faibles, où en sommes nous en 2017 - Consensus d'experts. (2017).

53. Bertin P. Nouvelle classification des antalgiques, au service d'une optimisation de la prise en charge thérapeutique de la douleur. in *Douleurs 2012* (2012).

54. Bandieri E., Romero M., Ripamonti C.I., Artioli F., Sichetti. Randomized Trial of Low Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain. *Journal of Clinical Oncology* (2016).

55. Fougère, B., Mytych, I., Baudemont, C., Gautier-Roques, E. & Montaz, L. Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. (2012).

56. Plubel, D. Analyse de prescription des opioides forts chez les patients porteurs d'une maladie oncologique, auprès des médecins généralistes de la haute-marne. (2017).

57. Calais N. Prescription des opioïdes forts en médecine générale : ́etat des lieux en Seine-Maritime. (2015).

58. J.-C. Lips. Facteurs entrainant la prescription des morphiniques dans le douleurs chroniques cancéreuses en médecine générale. L'opiophobie est-elle toujoutrs d'actualité. (2012).

59. Queneau P, Ostermann G. *Défaut d'observance: modalités, dangers, signification. Le médecin, le malade et la douleur.* (2004).

60. Serrie, A., Mourman, V., Treillet, E., Maire, A. & Maillard, G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. *Douleurs Eval. - Diagn. - Trait.* **15,** 106–114 (2017).

61. ANSM. Evolution des ventes d'antalgiques en France de 2005 à 2016. *OFMA* (2018).

62. HCSP. *Évaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 - 2010*. (Haut Conseil de la Santé Publique, 2011).

63. Debieuvre, C. La sédation à domicile des patients en fin de vie: représentations et vécu des proches, infirmiers et médecins généralistes. Le point de vue des proches. (Nice, 2016).

64. Legifrance. Arrêté du 17 janvier 2008 fixant le nombre des étudiants de première année du premier cycle des études médicales 2007-2008. (2007). Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2008/1/17/SJSH0801395A/jo/texte/fr. (Accessed: 3rd September 2018)

65. Legifrance. Arrêté du 27 décembre 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé 2017-2018. (2017). Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/12/27/SSAH1736403A/jo/texte. (Accessed: 3rd September 2018)

66. MACARIO, F. Etat des lieux et besoins des médecins généralistes des Alpes Maritimes face à l'utilisation des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse. (Faculté de médecine de Nice, 2013).

67. Plubel, dimitri. Analyse de prescription des opioides forts chez les patients porteurs d'une maladie oncologique, aupres des medecins generalistes de la haute-marne. (Université de Reims, 2017).

68. AUBRY Régis. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. (2010). Available at: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000295/index.shtml. (Accessed: 3rd September 2018)

Annexe 1

	Guide d'entretien	Grille de lecture
Etat civil	- Votre année de naissance - Votre Sexe - Votre Lieu d'exercice - Votre type d'Activité - Vos formations complémentaires (Soins Palliatifs / douleur) - Avez vous été en contact personnellement ou dans votre entourage proche avec la morphine?	- Urbain ? rural ? semi rural? - Hospitalière, Maison de retraite/EHPAD, Libéral exclusif, Réseau de soins palliatifs, HAD - Proportion de patients sous morphine - Contexte particulier en ce moment pouvant influencer les réponses?
Les représentations	1- Pourriez vous me dire pour commencer ce que représente pour vous la morphine ? 2- Pour quel type de patient pensez vous que la morphine soit adaptée ? Quelles pathologies ? A quel moment ? Ou inadaptée ? Et si oui pourquoi? 3 - Selon vous, quels sont les effets de la morphine en générale ? 4 - Vous arrive t'il d'avoir peur d'utiliser la morphine? Quels sont les risques selon vous ? Pourquoi ? 5 - Comment réagiriez vous si l'on vous prescrivait de la morphine ? 6 - Comment l'image de la morphine change t'elle selon sa voie d'administration (per os, patch ou injectable)? Si oui Pourquoi? 7 - Existe t-il un frein selon vous chez vos confrères ou chez les patients à utiliser la morphine? <u>Si le sujet n'est pas abordé ou développé au cours de l'entretien:</u> Que pensez vous de : - la peur de la morphine - la dépendance / Drogue - Accoutumance - Maladies Grave / fin de vie - Raccourcir la vie - Risque de cacher les signes d'évolution de leur maladie	- Quelles sont les idées principales qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez à la morphine? - Selon quels critères ? Pourquoi ? - Ses effets bénéfiques? Ses effets indésirables ? Dans quelle proportion? - Pensez vous qu'il faille ne pas dépasser une certaine dose de morphine ? Comment vous situez vous entre antalgie et effets secondaires? Si vous deviez choisir? - Adapteriez vous les posologies? Si oui comment ? - Craignez vous davantage les effets secondaires en injectable, êtes vous plus vigilante, éduquez vous différemment les patients? - La représentation qu'ont les patients de la morphine ? Vos formations ? Le manque de temps pour chaque patient ? La rémunération ? L'entourage? - Crainte que la maladie ne soit pas prise en compte - Mauvais malade si verbalisation de la douleur - Crainte d'ôter l'espoir du malade

Les habitudes, le vécu	8 - Comment se déroulent vos premières visites lors de l'instauration d'un traitement morphinique? Et le suivi ?	- Evaluez vous l'efficacité et la tolérance de la morphine, comment? Comment gérer vous les interdoses? Comment hiérarchisez vous l'administration des antalgiques de Palier I et de Palier III ? Comment gérer vous votre disponibilité dans ces cas là?
	9 - Comment réagissez vous en fonction des effets secondaires ou surdosages liés à la morphine?	- Vous arrive t-il de diminuer ou d'augmenter les doses ?
	10 - Avez vous eu des patients refusant la prise du traitement ? Pourquoi ?	- Comment arriver à les convaincre ou les rassurer ? - Avez vous eu un souvenir marquant en lien avec la morphine ?
Les Croyances	11 - Avez vous des patients ayant des croyances religieuses ou spirituelles sur la morphine ? Ou vous même ?	- Cela a t-il un impact sur la prise en charge? Pourquoi?
Relation avec le Médecin généraliste	12 - Comment réagissez vous lorsque vous avez besoin d'aide? Quelle relation entretenez vous avec les médecins de ville?	- Vous arrive t-il de vous retrouver seule dans des situations compliquées et si oui comment faites vous? (Seule face à la douleur et l'anxiété?) Personnes ressources? Vous arrive t-il d'être en désaccord avec la prescription ? Pourquoi ?
Formation	13 - Que pensez vous de votre formation ? Pourquoi?	- Quels seraient vos besoins en tant qu'IDE pour être plus à l'aise dans l'accompagnement des patients sous morphine ?
Question libre	14 - Auriez vous aimé aborder un autre sujet concernant la morphine?	- D'autres difficultés ? (Pour aborder un thème dont on aurait pas pensé)

Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Titre : Représentations et gestion des traitements par opioïdes forts : vision croisée des patients et des infirmiers. Les infirmiers

Introduction : Dans une France où on compte 12 millions de patients douloureux chroniques en 2017, dont 70 % sont insatisfaits de leurs traitements, la prise en charge de la douleur constitue un enjeu sociétal majeur. Les opioïdes forts souffrent d'une image controversée entre antalgiques majeurs et stupéfiants. L'objectif de cette étude était de comprendre les représentations et leurs conséquences sur la gestion des opioïdes forts chez les infirmiers. En parallèle, Céline Barres a réalisé la même étude chez les patients.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée jusqu'à saturation des données, auprès des infirmiers du Var et des Bouches-du-Rhône, recrutés par échantillonnage théorique intentionnel. Les thèmes abordés par le guide d'entretien étaient les représentations, les connaissances, la gestion du traitement par opioïdes forts au quotidien, ainsi que la relation des infirmiers avec les médecins et les patients.

Résultats : 17 infirmiers aux profils variés ont été recrutés entre le 21 septembre 2017 et le 23 mars 2018. L'échantillon était comparable à la démographie actuelle d'infirmiers, à l'exception de leur plus jeune âge en moyenne. Les infirmiers décrivaient une évolution des mentalités encourageante, et une relative assurance dans la gestion des opioïdes forts. La représentation principale concernant les opioïdes forts était celle d'un antalgique efficace. Cependant leurs activités en pratique démontraient la présence de freins encore manifeste concernant l'administration des traitements morphiniques aux patients. Les principaux freins exprimés étaient liés à la peur des effets indésirables, de la dépendance, de la mort, et de la fin de vie . Le second enseignement était le ressenti de freins semblables chez les médecins, responsable de défauts de prescriptions des opioïdes forts pour les patients. Enfin les infirmiers regrettaient, le manque de considération des médecins pour leur profession et le manque de relation entre eux.

Discussion : La triangulation des données avec l'étude de Céline Barres et la littérature, nous permet de constater que les fausses croyances concernant les opioïdes forts persistent chez tous les acteurs : les patients, les infirmiers et les médecins. Il est donc nécessaire de revaloriser l'image des opioïdes forts via une information et une formation de tous ces acteurs, en ciblant principalement ces idées reçues. La formation pratique des soignants semble un levier important, si elle est bien encadrée. Il est nécessaire de revaloriser la relation médecin-infirmier pour rendre l'éducation thérapeutique plus efficiente et ainsi diminuer les freins chez les patients. L'utilisation des technologies numériques nous semble primordial dans ce monde du 21e siècle. Une application numérique pour les soignants et les patients est donc en projet tout comme l'élaboration d'un " carnet de douleur ".

Mots clés : « opioïdes forts », « morphine », « représentations », « gestion », « freins morphine », « infirmiers ».