



HAL
open science

Influences des représentations des soignants dans le soulagement de la douleur du patient toxicomane sevré en unité de soins palliatifs

Émilie Boulet

► **To cite this version:**

Émilie Boulet. Influences des représentations des soignants dans le soulagement de la douleur du patient toxicomane sevré en unité de soins palliatifs. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02096956

HAL Id: dumas-02096956

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096956>

Submitted on 11 Apr 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.

***Influences des représentations des soignants dans le soulagement
de la douleur du patient toxicomane sevré en unité de soins
palliatifs.***

Par **Émilie BOULET**
Infirmière Diplômée d'État

**Mémoire pour le DU ACCOMPAGNEMENT ET FIN DE VIE
Année universitaire 2017-2018**

**Responsables d'enseignement: Professeur Francis Bonnet, Docteur Véronique Blanchet,
Docteur Yolaine Raffray**

« C'est le renoncement à certains de nos postulats et représentations ainsi que la réflexion menée qui vont nous conduire à pouvoir vivre une vie professionnelle plus sereine et plus centrée sur le patient »

Pierre Georges Despierre

« Les idées simples mais vraies ont plus de mal à se répandre que les idées fausses mais complexes »

Alexis de Tocqueville

*« Il faut, si l'on veut vivre,
Renoncer à avoir une idée nette de quoi que ce soit.
L'humanité est ainsi,
Il ne s'agit pas de la changer mais de la connaître »*

G Flaubert , Correspondance

*« La grâce, c'est peut-être de voir,
Ce qu'il faut choisir et ce à quoi il faut renoncer »*

Jacques de Bourbon Busset, Tu ne mourras pas

SOMMAIRE

Introduction	p1
Récit de la situation.....	p2
Analyse de la situation.....	p4
I. La douleur	
a) définition et généralités.....	p6
b) les soins palliatifs: le lien douleur et souffrance.....	p6
c) opïophobie, dépendance: quel constat ?.....	p7
d) prise en charge de la douleur du patient toxicomane.....	p7
II. La toxicomanie	
a) définition et généralités.....	p9
b) y-a-t-il une personnalité du toxicomane ?.....	p9
c) quand le toxicomane a mal.....	p9
III. Représentations des soignants	
a) définition.....	p11
b) les représentations: nid de la stigmatisation.....	p11
c) le stigmaté.....	p11
IV. Impact de la stigmatisation:	
a) dans la relation soignant-soigné.....	p13
b) dans le soin.....	p14
c) dans la réponse au placebo.....	p15
V. Synthèse.....	p18
VI. Conclusion.....	p20

Diplômée infirmière depuis 2011, j'ai débuté mon exercice en unité de soins palliatifs (USP). La rencontre avec cette philosophie de soin s'est faite au cours de mes études d'infirmière et notamment suite à la réalisation du stage pré-professionnel dans une unité de soins palliatifs. Au delà de la confrontation à la mort, j'y ai découvert cette façon de prendre soin associant le rôle propre infirmier et le rôle en collaboration nécessaire à toute prise en soins.

La réalisation de stages dans différents lieux et services, durant les trois années d'études, m'a permis rapidement de m'apercevoir que le temps accordé aux patients me manquait. J'avais le sentiment de ne pas leur répondre de manière satisfaisante. Ce « prendre soin » ne correspondait pas à l'idée que j'avais de la profession.

Les opportunités et les coïncidences de la vie m'ont permis de débiter en tant que jeune diplômée dans l' USP où mon stage avait eu lieu. Par la suite, j'ai rejoint une autre USP d'Île de France où je suis restée cinq ans. Depuis bientôt trois ans, je travaille en équipe mobile de douleurs et de soins palliatifs (EMDSP). La douleur est le symptôme d'appel dans la majorité des demandes d'intervention émanant des services de soins. Sa prise en charge est primordial pour le patient tant en aiguë qu'en chronique et ne peut être « banaliser ». Elle est au cœur de la démarche palliative par ses composantes physiques et/ou psychologiques.

De par des situations vécues en USP et celles vécues en EMDSP, il y a une qui m'a interpellée et que j'ai choisi de présenter pour mon récit de situation complexe et authentique (RSCA). En voici donc le récit.

Infirmière en Unité de Soins Palliatifs, je rencontre en mai 2015 Mr B. Âgé de quarante-cinq ans, il est atteint depuis 2014 d'un cancer du côlon métastatique au niveau hépatique et osseux. L'annonce de l'arrêt des traitements actifs est récente. Face à la présence de douleurs non contrôlées et une altération rapide de l'état général, la décision de l'admission en unité de soins palliatifs a succédé rapidement l'annonce.

Mr B est d'origine marocaine. Il est de confession musulmane mais non pratiquant. Il a exercé diverses professions notamment dans le bâtiment. Il a pour antécédent une toxicomanie sevrée depuis huit ans.

Au début de l'hospitalisation, je rencontre les deux sœurs de Mr B. Lui est le plus jeune de la fratrie. Elles expriment au médecin et à l'équipe le besoin de rester au chevet de leur frère jours et nuits. Elles savent que son état est grave, que sa fin de vie se fait proche. Elles souhaitent profiter de chaque instant qu'il leur reste.

Au fil des jours, un lien relationnel entre elles et l'équipe se tisse. L'une d'elles, un après-midi, me relate leur enfance difficile. Elle m'explique la perte brutale de leurs parents à un jeune âge qui a eu pour conséquence, grâce à l'aide de leur oncle, leur arrivée en France. A travers son récit et l'émotion qu'il s'en dégage, je m'aperçois rapidement que leur lien est très fort. La sœur de Mr B m'explique ensuite que les addictions de son frère, s'installant progressivement, était pour elle le reflet de ces deuils qu'il n'a pu traverser. Mr B a eu un parcours marginal au travers de ses métiers, de ses lieux de vie, de ses relations avec ses proches. Il a adopté des conduites à risque tels que l'alcool, les drogues. Il a consommé de plus en plus de substances notamment l'héroïne à laquelle il est devenu très vite dépendant. C'est à cette période que les liens entre eux se sont altérés. Ce n'est qu'à l'âge de vingt-huit ans qu'il a accepté de tenter un sevrage. Il a donc été substitué quelques années. A ce jour, cela fait maintenant huit ans que Mr B est sevré.

Du fait des douleurs, de la fatigue et de sa nature plutôt réservée, Mr B échange peu avec moi et l'équipe en général. Il ne parle que très rarement de son passé, restant très évasif. Il est d'une nature vive, impatiente. Il faut que les choses aillent vite. Et quand ça n'est pas le cas, il fait passer sa demande par l'intermédiaire d'une de ses sœurs. Ses sœurs nous aident à mieux le comprendre et sont d'une grande aide dans la prise en soins. Cet échange avec l'une d'elle m'a permis de mieux cerner Mr B, de mieux connaître sa personnalité et de savoir un peu plus comment l'aborder. J'avais le sentiment qu'il était un patient à « apprivoiser » pour que la prise en soin soit la plus adaptée.

Cela fait maintenant trois semaines que Mr B est dans l'unité. De jour en jour, son état s'aggrave tant sur le plan physique que psychologique. Il ne se mobilise que très peu, supporte mal la perte d'autonomie. Les douleurs essentiellement abdominales redeviennent très difficiles à contrôler. Mr B n'a que peu de moment de repos.

Le traitement antalgique de fond instauré est du chlorhydrate de morphine en intraveineuse par seringue électrique ainsi qu'une seringue électrique intraveineuse de kétamine. Des interdoses de chlorhydrate de morphine associées à de la kétamine lui sont également administrées en intraveineuse directe plusieurs fois par jour. A ceci, apparaissent des nausées et vomissements. Les moments douloureux s'accompagnent d'une anxiété majeure. Il verbalise peu mais la présence de ses sœurs, ses proches ou des soignants semble le sécuriser dans ces moments d'inconforts.

Un dimanche, de poste d'après-midi, je prends la relève de mon collègue. Au décours des transmissions, il m'explique la difficulté de prise en charge de la douleur de Mr B depuis sa prise de poste. Il se montre agacé par ses appels incessants et par la présence d'une de ses sœurs qui vient le chercher à chaque fois que son frère est douloureux. Il me dit que Mr B en plus de cela est très désagréable, voir incorrect. A cet instant, je ne comprends pas la réaction de mon collègue à l'égard du patient et de sa sœur. Je reste donc silencieuse et attend qu'il poursuive ces transmissions. Mais brusquement, notre échange est interrompu par une des aides-soignantes qui transmet à mon collègue que Mr B est de nouveau algique. Il se rend donc dans la chambre de Mr B pour lui administrer une interdose. Quelques minutes plus tard, je lui demande comment s'est déroulé le soin. Il me dit fermement qu'il lui a administré une interdose de sérum physiologique en me disant que « de toute façon c'est un toxico, tout ce qu'il veut c'est une injection ». Je ne m'attendais pas à cette réponse et suis restée muette face à lui. Pourquoi ce jour-là fit-il référence à l'antécédent de Mr B, alors que ce patient était hospitalisé depuis déjà trois semaines dans notre service? Je me suis sentie très gênée face au patient et à sa sœur. J'avais le sentiment de briser leur confiance, de leur mentir en sachant que mon collègue avait administré du sérum physiologique. Puis, je me suis interrogée sur qu'est-ce qui pourrait expliquer la réaction de mon collègue?

Face à la douleur qui a persisté malgré le traitement prescrit, je pris contact avec le médecin du service. Mr B a nécessité d'une augmentation des doses d'antalgique associée à une anxiolyse. Il est décédé le surlendemain des suites d'une hémorragie massive.

Analyse de la situation

Les problèmes que présente la situation:

- Cancer colique avec métastases hépatique et osseuses.
- Douleurs nociceptives et neuropathiques non contrôlées par le traitement.
- Asthénie.
- Perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.
- Nausées et vomissements.
- Patient verbalisant peu sur son inconfort physique et/ou psychique avec moi et l'équipe.
- Le patient s'impatiente, est incorrecte avec mon collègue.
- Antécédent de toxicomanie qui entraîne un jugement chez le collègue. En découle une réponse inadaptée à la douleur ressentie par le patient avec l'utilisation d'un placebo, ce qui est également un non-respect de la prescription médicale par l'infirmier.
- Présence permanente de ses sœurs qui peut être perçue comme envahissante.
- Anxiété majeure.
- Situation vécue un dimanche: pas de médecin dans le service.

Les problèmes que me pose la situation:

- Voie d'administration des antalgiques « intra-veineuse directe » chez un patient aux antécédents de toxicomanie. Le geste serait symboliquement semblable à l'injection d'héroïne chez un consommateur.
- Préjugés ou a priori du soignant face à l'antécédent de toxicomanie du patient: le soignant interprète que le patient n'a pas mal mais qu'il veut « une dose ».
- Le soignant minimise la douleur du patient en administrant un placebo en l'occurrence du sérum physiologique, ce qui modifie la relation soignant/soignée.
- Perte de confiance dans la relation soignant/soignant.

Questionnements:

- ✓ Interrogations sur la posture soignante: Comment expliquer que la douleur de Mr B semble ne pas être pris en compte par le soignant ?
- ✓ Quelles particularités les patients toxicomanes ont-ils dans la prise en charge de la douleur? Pourquoi ces patients entraînent chez le soignant « une prise en charge inadaptée »?

Problématique:

Quelles influences ont les représentations des soignants dans le soulagement de la douleur d'un patient toxicomane sevré en phase palliative d'un cancer ?

De nos jours, la douleur est un « événement indésirable évitable » dans l'organisation actuelle des soins. En vingt ans, la prise en charge de la douleur est devenue un engagement des pouvoirs publics qui s'est traduit par différents plans gouvernementaux (3 plans triennaux: 1998-2000, 2002-2005, 2006-2010).

De par sa définition, la douleur est une expérience rattachée au corps, expérience subjective dans laquelle le patient est l'expert. Cette expertise du patient demeure « *en l'absence d'une altération de la conscience, de barrière linguistique ou de troubles cognitifs majeurs* »¹.

Lorsqu'elle devient chronique, la douleur perd sa valeur de symptôme médicale, évolue pour son propre compte et remanie profondément l'individu. Elle devient alors un syndrome dont la prise en charge se révèle habituellement plus difficile. Cette prise en charge est également fonction des mécanismes de la douleur, qu'il s'agisse d'excès de nociception, de mécanisme neuropathique ou bien encore d'une participation psychologique prépondérante ou mécanisme psychogène.

Malgré tous les progrès de la médecine moderne, le nombre de personne souffrant de douleur chronique est en constante augmentation. Cependant, la douleur semble sous-estimée par les équipes médicales et paramédicales, du notamment à l'existence d'un manque de connaissance² ou de formations qui altère sa prise en charge. Le soignant de par son rôle doit entendre la plainte douloureuse et en rechercher la cause. Ceci implique une évaluation précise permettant de prendre connaissance de la personnalité du patient autant que de sa douleur et adopter comme principe premier le fait qu'il ne faut jamais mettre en doute la réalité de sa souffrance. Un patient qui ne sent pas la prise en considération de sa douleur perd confiance dans l'équipe et dans l'institution.

La douleur surtout lorsqu'elle évolue vers un tableau clinique chronique peut donc générer la souffrance. La souffrance s'aborde plutôt par le biais du discours et du travail psychique, tandis que la douleur (physique ou morale) requiert très souvent une « action » (de type médicamenteux ou autres...). Les liens entre souffrance et douleurs sont à la fois complexes et ténus. C'est pour cela qu'il importe dans tous les cas de traiter simultanément la symptomatologie anxio-dépressive et la pathologie chronique, surtout dans un contexte de fin de vie.

La douleur est au centre des soins palliatifs, d'une part car il est reconnu que son soulagement fait diminuer la demande de mourir que peuvent formuler les patients, et aussi parce qu'elle est le premier symptôme qui amène les malades vers les unités ou vers les équipes mobiles. Depuis de nombreuses années, le mouvement des soins palliatifs et les spécialistes de l'antalgie s'évertuent

¹ Revue DOULEURS vol 6-n°6- Décembre 2015-votre pratique- Entre souffrance et douleur- Prise en charge de la douleur chez le patient toxicomane.

² Etudes de Mc Laughlin et all 2000, Happel et all 2002, Mc Laughlin et all 2006, Hederson et all 2008

à souligner que la douleur n'est pas une fatalité. L'obligation de la soulager n'est pas seulement un critère de bonne pratique médicale mais tient aussi d'un principe éthique, si bien que le traitement inadéquat de la douleur peut être considéré comme une mauvaise pratique enfreignant l'éthique médicale. Il est essentiel de remarquer que la douleur dans les soins palliatifs a été l'objet d'un questionnement très précoce, dès le début des premières unités, par son instigatrice Cicely SAUNDERS³. Dans les années soixante en Grande-Bretagne, Cicely SAUNDERS la définit sous le concept de « Total Pain » ou souffrance globale. Ce concept a été mis en place pour illustrer le passage du « guérir » (to cure) au « soigner » (to care).

Des études sur la douleur des patients cancéreux ont montré que la moitié des patients reçoivent un traitement inadéquat de leur douleur.⁴ La peur d'une accoutumance induite par le recours aux opiacés reste souvent ancrée dans l'imaginaire collectif, ce qui expliquerait ce défaut de prise en charge de la douleur. Toutefois au cours des années, il s'est avéré que la consommation de morphine par habitants en France a évolué, passant du 39^{ème} rang en 1989 au 6^{ème} rang en 2003⁵. Mais, il persiste une ambiguïté autour de la morphine. Cette substance se trouve face à deux préoccupations contradictoires à son égard: d'une part l'amélioration de la prise en charge de la douleur passe en partie par une meilleure adéquation de la prescription des médicaments antalgiques et d'autre part par un combat permanent contre les toxicomanies. Comme tous les médicaments, la morphine présente des inconvénients et des risques parmi lesquels le premier qui vient à l'esprit des professionnels est la dépendance, la toxicomanie. Malgré des moyens mis en place pour lutter contre ses idées reçues concernant les morphiniques, des résistances persistent tant en milieux de soins généraux qu'en psychiatrie. Il existe encore beaucoup de malades mal soulagés tandis qu'il n'y a pratiquement pas de toxicomanie induite par une pratique maladroite ou inopportune.⁶ La peur de la toxicomanie fait une victime: les patients ayant un antécédent ou une pratique active de toxicomanie.

Dans ce contexte comment les professionnels de santé prennent en charge la douleur de ces patients toxicomanes ou anciens toxicomanes?

A ce jour, il n'existe ni consensus ni recommandations concernant la prise en charge de la douleur pour cette catégorie de patient. Seuls les centres hospitaliers les plus exposés en matière

³ Cicely SAUNDERS 1918-2005 infirmière, médecin, écrivain britannique

⁴ « 2^e congrès international francophones de soins palliatifs 2013. Ateliers », Revue internationale de soins palliatifs 2013/1 (Vol.28), p.9-106.

⁵ E. Serra, « Douleur, psychiatrie et morphine », L'information psychiatrique 2009/4 (Vol.85), p. 329-334

⁶ Revue DOULEURS vol 6-n°6- Décembre 2015-votre pratique- Entre souffrance et douleur- Prise en charge de la douleur chez le patient toxicomane.

d'accueil de patients toxicomanes ont été amenés à développer des stratégies de prise en charge de la période péri-opératoire. Les patients usagers de drogues consultent souvent pour symptômes douloureux. Les nombreuses craintes et croyances peuvent compliquer la reconnaissance, l'évaluation et la prise en charge de leur douleur. Il est également primordial de différencier la situation de patients toxicomanes sevrés de celle des patients substitués car la conduite thérapeutique est différente. Ceci afin d'éviter des incidents tels que la iatrogénie (surdosage, syndrome de sevrage...) ou le renforcement de comportements addictifs. En pratique, les hospitalisations prolongées sont évitées, les voies d'administration et la galénique dépendent de la situation. D'une façon générale, la voie intraveineuse est fortement déconseillée pour les opioïdes forts. L'établissement d'un contrat de soin est indispensable.

La toxicomanie résulte de la conjonction d'une substance potentiellement addictive, d'un individu en souffrance, d'un moment favorable. Dans le cas d'une prescription médicale, ces trois éléments sont habituellement évalués et accompagnés. Il en résulte que les cas de toxicomanie induite seraient exceptionnels.

Plusieurs motifs président à la mauvaise prise en charge de la douleur des patients toxicomanes. En général, la douleur est encore mal traitée dans de nombreux services. Il existe « *un manque de moyens financiers pour généraliser les formations en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur, de ressources humaines pour développer des structures de psychiatrie de liaison en nombre suffisant. Et bien que nombreux sont ceux qui s'en défendent, notre jugement clinique est influencé par la condamnation social qui touche l'ensemble des toxicomanes. Les toxicomanes tout comme pendant longtemps enfants, malades mentaux, personnes âgées sont les véritables oubliés de la douleur; ils provoquent des réactions de rejets chez les soignants* ».⁷ Face à la douleur, le toxicomane peut être potentiellement sujet de maltraitance de la part des professionnels de santé.

Qui sont ces patients toxicomanes qui provoquent en nous un certain nombre de sentiment influençant la prise en soins?

⁷ Revue DOULEURS vol 6-n°6- Décembre 2015-votre pratique- Entre souffrance et douleur- Prise en charge de la douleur chez le patient toxicomane.

La toxicomanie est une pathologie addictive responsable de conséquences nombreuses d'un point de vue neurophysiologique. Trois phénomènes peuvent être observés lors de l'utilisation répétées des opiacées. Il s'agit de l'accoutumance, qui correspond à la perte d'efficacité du produit nécessitant d'augmenter les doses pour obtenir le même effet antalgique ou psychodysléptique. Ensuite, la dépendance physique, phénomène transitoire, au sevrage à l'arrêt brutal de l'opiacé. Enfin, la dépendance psychique, phénomène rémanent, se traduisant par la recherche compulsive de produit.⁸

En France, la loi du 31 décembre 1970⁹ a posé les bases d'une attitude sociale à l'égard des toxicomanes. Cette loi est venue indiquer que face à la menace de sanctions, faisant référence à la répression de trafics et consommations de drogues, l'aide pour les toxicomanes se trouvait dans le recours au soin. Envisager la toxicomanie comme une maladie a permis temporairement de diminuer la sévérité du regard social à son égard.

« *On peut être fou, névrosé ou normal et toxicomane* ». ¹⁰ S'il n'y a pas de structure de personnalité, des éléments particuliers de construction subjective sont souvent observés. Ces troubles sont « *en lien avec l'histoire de chaque sujet et témoignent d'interactions douloureuses avec leur environnement. Des difficultés ont entravé l'établissement d'une identité suffisamment stable offrant à la personne un sentiment de sécurité interne. Cette fragilité dont l'origine remonte aux relations précoces avec les parents trouve une résonance dans les vicissitudes de la vie auxquelles ces personnes sont confrontées* ». ¹¹ Dans un contexte de prise en soin, la douleur ou tout événement médical intercurrent expose le toxicomane à des décompensations psychiques.

La modulation de la douleur n'est pas comparable chez les usagers de drogues par rapport aux sujets « naïfs » d'opioïdes. Des phénomènes d'accoutumance et d'hyperalgésie apparaissent rapidement chez les utilisateurs réguliers d'opioïde fort. L'hyperalgésie peut survenir lors de la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique quelle que soit la dose d'opiacé mais semble plus fréquente avec les fortes doses. Ces constatations cliniques seraient expliquées par des variations de sensibilité à la douleur au niveau du système nerveux central. On appelle cette

⁸ « Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues dures (héroïne et cocaïne) », Revue du rhumatisme Volume 79, n°4, p 306-311 (juillet 2012)

⁹ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et a la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses)

¹⁰ Aymeric Reyre, « La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance », in Emmanuel Hirsch, Traité de bioéthique, ERES « Poche – Espace éthique », 2010, p 244-256

¹¹ Aymeric Reyre, « La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance », in Emmanuel Hirsch, Traité de bioéthique, ERES « Poche – Espace éthique », 2010, p 244-256

hyperalgésie induite: « opioid-induced hyperalgesia » (OIH).¹² A court terme, l'administration d'opioïde serait antalgique et induirait à plus long terme un effet « rebond » algique. A terme, l'individu sous opioïde « supporte » moins bien la douleur. Chez les héroïnomanes, les mêmes observations ont été constatées ainsi que chez les patients substitués à la méthadone. L'utilisation répétée d'opioïdes forts entraîne donc une hypersensibilité à la douleur et une résistance à leurs effets antalgiques. Ces phénomènes ont depuis longtemps été observés. En effet, dès 1870 ALBUTT interrogeait déjà la communauté scientifique sur le fait que la morphine était censée soigner et évoquait la nécessité d'étude sur ce sujet. ROSSBACH, en 1880, remarquait que lorsque la dépendance aux opiacés survenaient, des effets opposés dont l'hyperalgésie étaient manifestes. COMPTON, en 2012, montre à partir d'une étude incluant 82 sujets dépendants à l'héroïne que ceux-ci présentent une hyperalgésie qui perdure inchangée lorsqu'ils sont substitués par la buprénorphine ou la méthadone¹³.

Le risque de rechute dans l'addiction interviendrait si le traitement antalgique n'est pas adapté et s'avère ne pas être suffisant par rapport à la douleur; si les circonstances rappellent celles de vie passées difficiles; et si les rapports sociaux environnants sont délétères (entourage, culture marginalisée...). Enfin, chez le patient sevré, le risque de rechute est estimé à 20 %. Il est variable selon l'ancienneté de la toxicomanie. Le risque de dépendance, lui, est toujours présent.¹⁴

Nous savons donc maintenant pourquoi la douleur du patient toxicomane est si particulière en termes de prise en charge.

Qu'en-est-il maintenant des représentations des soignants face à ces patients?

¹² « Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues dures (héroïne et cocaïne) », Revue du rhumatisme Volume 79, n°4, p 306-311 (juillet 2012)

¹³« Prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous traitements de substitution aux opiacés » Douleur analg. 2012 25:83-86,

¹⁴ « Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues dures (héroïne et cocaïne) », Revue du rhumatisme Volume 79, n°4, p 306-311 (juillet 2012)

Une représentation se définit comme « *une perception, image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, une situation, une scène du monde dans laquelle vit le sujet* »¹⁵. La représentation est partagée par un certain nombre d'individus. Elle peut être « une certaine image du monde qui engendre le rejet, l'exclusion ».¹⁶ En allant plus loin, on s'aperçoit que les représentations sont le nid de la stigmatisation.

La théorie de la stigmatisation a été mis en avant par Erving GOFFMAN¹⁷. Le toxicomane est devenu le porteur de ce que ce sociologue appelle le stigmaté. Elle se décompose comme suit:

- le premier type traite des abominations du corps (malformation, affection corporelle);
- le deuxième, des traits de caractère (manque de volonté, impulsivité, malhonnêteté): on y retrouve les toxicomanes, les malades mentaux, les prisonniers;
- le troisième, le stigmaté « tribaux » en référence aux origines de la personne, couleur de peau, religion, statut social;
- le quatrième stigmaté dans les années 80 lors de l'épidémie de SIDA lié aux représentations qu'inspirent certaines pathologies.

Au regard de ces quatre types de stigmaté, il est intéressant de remarquer que la population toxicomane est fortement marquée par chacun d'entre eux.

En effet, les atteintes physiques qu'entraînent la prise de toxique et notamment l'utilisation de drogue injectable laisse des marques mutilantes et douloureuses sur le corps déjà amaigri par la négligence alimentaire suite à la prise de drogue. S'il est facile de constater un physique en souffrance, il l'est d'autant d'assimiler aux consommateurs des traits de caractères

« représentatifs »: incapable de volonté, irresponsable, marginale, profiteurs, menteurs, voleurs, meurtriers... Les études de représentation sociale faites dans le grand public et parmi les soignants montrent la prédominance d'expériences défavorables et ingrates avec peu d'optimisme quant aux perceptives de changement des usagers.¹⁸

Les résultats d'une pré-enquête réalisée dans un travail de fin d'étude infirmier¹⁹ auprès d'infirmières issues de différents services, indiquent qu'un certain nombre de synonymes colle à la peau de ses patients tels que: « *drogué* », « *camé* », « *shooté* », « *tox* », « *junky* ».

¹⁵ Dictionnaire Larousse

¹⁶ Marie Absil « Les origines de la stigmatisation », centre franco basaglia, www.psychiatries.be

¹⁷ Erving Goffman(sociologue américain 1922-1982

¹⁸ Carole Joye « Dynamique et impacts des représentations négatives des infirmiers à l'égard des patients toxicomanes », Haute école de santé, Fribourg, juillet 2009)

¹⁹ F. Segura « Représentations infirmières et toxicomanie » IFSI Montpellier 2000

L'ancienneté professionnelle des infirmiers ne semble pas en rapport avec le vocabulaire employé. La richesse du vocabulaire en termes péjoratifs peut présumer de l'à priori et du rejet suscité par les toxicomanes chez certains soignants. D'autant que ces images sont largement véhiculées par les médias et les productions cinématographiques. La société est sévère par rapport aux personnes qui se différencient de la norme. Déjà en 1972, les auteurs expliquent que d'après ROMNEY et BYNNER, une partie de la responsabilité de ces images péjoratives revient à la littérature scientifique. En effet, ces derniers ont découvert que la littérature clinique décrivait les patients atteints de troubles addictifs comme « *immatures, impulsifs, nerveux, enclins à la criminalité et psychopathes* ». Ces visions négatives auraient un fort impact sur les représentations des professionnels de la santé qui s'y fient.

Concernant les stigmates tribaux, on recense les consommateurs aussi bien dans les couches sociales aisées que parmi les plus démunis et précarisés.

Enfin, le dernier stigmate, porte-parole de la crainte sociale de la maladie et de la contamination laisse sa griffe sur le toxicomane de par la peur qu'il nous inspire dans l'exécution de pratiques considérées comme douteuses (utilisation de seringue sale, pratique sexuelle à risque).²⁰

Puisque ces personnes sont dépendantes de la société et considérées parfois comme dangereuses pour celle-ci, la société les désignent souvent comme « *des hommes en trop, des indésirables, des inutiles au monde* ». ²¹

La stigmatisation empêche la co-construction d'une prise en charge avec le patient et fait diverger les objectifs.

Mais quel pourrait être l'impact de la stigmatisation du toxicomane dans la prise en soins ?

²⁰ Carole Joye « Dynamique et impacts des représentations négatives des infirmiers à l'égard des patients toxicomanes », Haute école de santé, Fribourg, juillet 2009

²¹ Jeff Favatier, " usagers professionnels: comment évoluent nos représentations?", Revue Actal, les cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie, n°5, mai 2009

La rencontre avec un patient toxicomane semble ne pas être une rencontre tout à fait comme les autres: une rencontre qui « *rejette, qui éjecte ou qui absorbe, qui attrape. Ainsi, il y aurait ceux qui les défendent, qui les comprennent, qui tolèrent et ceux qui les rejettent et diraient non à cette rencontre? Les difficultés exprimées traduisent une impossible rencontre soignante pour le moins une rencontre dont le sens, l'intérêt, ne sont pas toujours perçues voire même sont niés, une relation qui active massivement l'impuissance soignante* ». ²²

Comme nous l'avons vu, la toxicomanie engendre des attitudes souvent négatives chez le non consommateur confronté à une réalité qui lui échappe et qui touche à des valeurs profondes telles que le contrôle de soi, l'intégrité du corps, la normalité pour n'en citer que quelques-unes. Ainsi, elles engendreront un comportement lui aussi négatif que le patient toxicomane pourra ressentir même sans échange de mots par la lecture du langage non verbal. Les patients ayant un antécédent de toxicomanie ou une toxicomanie active ne sont pas dupes de la stigmatisation dont ils sont sujet. De ce fait, ils adoptent des stratégies de « *coping* ²³» afin d'éviter les situations devant lesquelles ils se sentent menacés. En intégrant le rejet, ils utilisent soit le mensonge, soit le non-dit et s'isolent à petit pas dans la société.

Dans une recherche de AHERN & ALL en 2006, 1008 toxicomanes ont été interrogés, 50% des 84 participants toxicomanes abstinents depuis un an pensent qu'il est nécessaire de faire de son passé de drogué un secret. Dans l'étude de MAC LAUGHIN & ALL, en 2000, plus d'un quart des participants avouent avoir menti ou caché des informations à l'équipe de soins lors d'hospitalisation. ²⁴

Les représentations sociales dont les acteurs de cette relation sont porteurs et objets, et leur fragilité identitaire peuvent créer une atmosphère de défiance qui dégrade le soin dans son éthique et dans son efficacité. Dans l'entrée en relation, l'abord relationnel du soignant est fondamental, avec création dès les premiers entretiens d'une alliance thérapeutique. Le patient doit être considéré comme un « vrai patient ». La meilleure stratégie consiste à écouter et dire au patient que l'on croit à sa douleur afin de créer une relation de confiance et à travailler en pluridisciplinarité. ²⁵

²² Nathalie Petit, « La rencontre soignant-soigné addicté: entre rejet (expulsion) et attraction (absorption) », *Psychotropes* 2016/1 (vol.22), p.9-30.

²³ Ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant, épuisant ou dépassant ses ressources R. Lazarus et R. Saunier, 1978.

²⁴ Carole Joye « Dynamique et impacts des représentations négatives des infirmiers à l'égard des patients toxicomanes », Haute école de santé, Fribourg, juillet 2009.

²⁵ Aymeric Reyre, « La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance », in Emmanuel Hirsch, *Traité de bioéthique*, ERES « Poche – Espace éthique », 2010, p 244-256.

Cependant, la suspicion généralisée que peut entraîner l'arrivée d'une personne toxicomane dans un service de soins engendre de grandes failles dans la communication et dans la détection des réels problèmes du patient. Parmi les soignants médicaux et paramédicaux, des représentations et des préjugés concernant la douleur et les comportements des toxicomanes sont observés:

- *« penser que la douleur n'est pas réelle ou qu'elle est majorée pour obtenir plus de produit;*
- *penser que la douleur n'est pas perçue car déjà couverte par l'usage illicite habituel ou par le traitement de substitution;*
- *donner des opioïdes est inutile car rien ne peut les soulager;*
- *prescrire des opioïdes forts chez ces patients risque d'augmenter l'appétence et la dépendance, de favoriser des rechutes chez les toxicomanes sevrés et des surdosages avec dépressions respiratoire et/ou du système nerveux central;*
- *considérer les médecins de la douleur comme des « médecins dealers » ».*²⁶

Il en découle une prise en charge inadaptée aux patients douloureux. Les soignants semblent ne pas percevoir la souffrance de ces patients, ou en tous les cas ne rapportent pas cette souffrance à une douleur réelle. Le manque de connaissance semble être une des raisons à cette non réponse ou non prise en soin. Ceci entraîne le maintien et la poursuite des à priori et représentations négatives.

Les données montrent également, qu'une partie des décisions médicales sont influencées par le jugement social défavorable des professionnels. De plus, de nombreuses études soulignent que les représentations sociales négatives auraient un impact sur l'évolution de l'état clinique du patient. Elles ont une influence sur la stigmatisation des patients toxicomanes et en se rapportant à la prophétie auto réalisatrice de MERTON²⁷ mettraient un frein dans leur rétablissement²⁸.

Selon d'autres auteurs, les professionnels de santé par leurs visions négatives entraveraient de manière inconsciente le rétablissement de leur patient toxicomane en donnant des soins inappropriés sans tenir compte des besoins et des ressources individuels.²⁹ Ceci aboutit à une discrimination face à l'accès au soin.

²⁶ « Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues dures (héroïne et cocaïne) », Revue du rhumatisme Volume 79, n°4, p 306-311 (juillet 2012)

²⁷ sociologue américain 1910-2003

²⁸ Carole Joye « Dynamique et impacts des représentations négatives des infirmiers à l'égard des patients toxicomanes », Haute école de santé, Fribourg, juillet 2009

²⁹ Carole Joye « Dynamique et impacts des représentations négatives des infirmiers à l'égard des patients toxicomanes », Haute école de santé, Fribourg, juillet 2009

Les soignants sont face à deux concepts ancrés dans la société: d'un côté le toxicomane responsable de sa maladie par la prise volontaire de plaisir avec son produit et de l'autre la compassion pour le patient douloureux, légitime, acceptable. « *Les soignants doivent-ils décider quels seraient les « bons patients » à traiter et les « toxicomanes » à délaissés?* »³⁰

L'étude de LAUGHING & ALL, en 2006, relate également des attitudes négatives puisque beaucoup se disent incapables d'empathie à l'égard de ces personnes et n'en ressentent pas le désir. La majorité souhaiterait renvoyer les toxicomanes aux spécialistes.

Il y a une véritable « démission » du soignant et du soin face à cette population. La relation de soin s'en trouve donc fragilisée. Ainsi, « *le devoir de protection de la personne vulnérable devient-elle prétexte à un mouvement d'emprise sur elle et le souci du respect de l'autonomie à un abandon?* » Il est fréquent d'observer des relations de soin avec les patients toxicomanes marqués par le désir d'emprise du soignant ou par l'abandon. Les patients se trouvent pris dans des injonctions strictes, des cadres rigides et contraignants, des contrôles intrusifs et régulièrement des rejets massifs. Il faut observer que si ces mouvements habitent la plupart des soignants spécialisés ou non, ils sont présents également dans les groupes et institutions qu'ils composent.³¹

Alors face à cela, quelle place occupe l'utilisation du placebo dans la relation soignant-soignée?

Le placebo est un moyen construit pour simuler une thérapeutique médicale, alors qu'il n'est pas scientifiquement censé posséder de propriétés thérapeutiques spécifiques sur la cible choisie.³² Certaines plaintes ou certains maux des patients conduisent les soignants à utiliser des placebos. L'administration du placebo survient souvent pour discriminer une plainte et pour apporter une réponse à une douleur pressentie par le soignant comme « fausse ». Son utilisation intervient en cas de douleur, d'insomnie ou d'anxiété, le plus souvent la nuit et chez des patients dits « difficiles ». Dans les indications retenues, telles que la douleur, l'idée est souvent de différer l'administration du médicament dans « l'intérêt » du patient. Les justifications données sont soit la crainte des effets secondaires des antalgiques, soit la plainte jugée est exagérée voire fictive.

L'expression de la plainte du patient résonne auprès du soignant. La plainte vient impacter le soignant dans « son être » en mobilisant son expérience, ses connaissances et de ce fait aussi son jugement. « *Le soignant pourrait-il imaginer que la plainte exprimée n'est peut être que le*

³⁰ Frédéric Maillard, « demande répétée de Meopa, soulagement ou addiction » www.cnrdr.fr

³¹ Aymeric Reyre, « La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance », in Emmanuel Hirsch, Traité de bioéthique, ERES « Poche – Espace éthique », 2010, p 244-256

³² « Le placebo a-t-il sa place dans la relation soignant-soigné à l'hôpital? » <http://hal.archives-ouvertes.fr>

*support d'une autre plainte, inexprimable, celle-là?*³³ » Il semblerait que ce soit là que les réalités se croisent ou plutôt divergent. L'humanité du soignant, ses propres souffrances, ses limites sont touchées. Ceci pourrait expliquer l'utilisation du placebo dans la réponse aux symptômes.

Les soignants savent que le placebo pur ne contient pas de principe actif. Son utilisation possiblement efficace est ainsi réputée comme n'ayant pas d'effet délétère et est parfois interprétée par le soignant comme la preuve que le patient ment ou que son mal est imaginaire. Pour certains, elle n'est donc qu'une action sans risque. Aussi, quand un soignant donne un placebo pur en disant: « vous allez vous sentir mieux », il n'y a pas forcément duperie car cela se produirait selon BEECHER³⁴ dans près de 30% des cas. L'action paraît donc bienveillante aux yeux du soignant puisque le souhait est de rendre le patient confortable.

Le placebo demeure être une pratique taboue dans laquelle le mensonge serait utile pour les soignants en milieu hospitalier. Bien qu'en stipule le code de déontologie, l'infirmière comme le médecin doivent une information loyale et claire aux patients. Cependant, selon une étude, chez plus de 70% des professionnels utilisant des placebos, le patient n'est pas informé qu'il en reçoit un. De plus, les soignants doutent bien souvent de la plainte et des symptômes évoqués par le patient, tandis que le patient lui, fait la plupart du temps confiance aux soignants.

Il existe donc un décalage dans la relation soignant-soignée. D'une part, on s'aperçoit que la parole du patient est discréditée aux yeux de l'équipe soignante. Le risque étant que celle-ci puisse alors désinvestir le patient qui, selon elle, demande une intention injustifiée. L'énergie soignante se détourne alors de la réelle souffrance du patient. En conséquence, on peut craindre que le patient ait le sentiment de ne pas être entendu. D'autre part, la réciprocité de la confiance nécessaire entre soignant-soigné est altérée. Non pas seulement par la contestation du consentement éclairé du patient, mais aussi par l'intégrité de la personne qui administre le placebo, qui doit soit mentir, soit cacher la vérité.

Cette pratique soignante pose question lorsque l'on sait que les principes éthiques essentiels liés au soin incluent la fidélité, la confiance, le fait de dire la vérité, et de donner des soins respectueux. La relation de confiance soignant-soignée suppose bienveillance, honnêteté et respect de l'autonomie du patient. Elle est inhérente à tout acte de soin.³⁵ Tout cela entrave la relation soignant-soigné.

³³ « Le placebo a-t-il sa place dans la relation soignant-soigné à l'hôpital? » <http://hal.archives-ouvertes.fr>

³⁴ Médecin anesthésiste, 1904-1976

³⁵ « Le placebo a-t-il sa place dans la relation soignant-soigné à l'hôpital? » <http://hal.archives-ouvertes.fr>

La réponse immédiate des soignants par le placebo pourrait également s'expliquer par le fait qu'ils sont aujourd'hui exposés à « une médecine occidentale fonctionnelle et objectiviste ». Ils doivent proposer des soins rentables, produire des actes ayant des effets immédiats.

Les représentations sociales et médico-soignantes des soins sont imprégnées de la culture du « faire ». Ainsi, un patient qui souffre doit être soulagé, il exige que son médecin lui trouve un traitement immédiat qui vienne l'apaiser. La valeur accordée à la réponse immédiate par le biais d'une molécule chimique est importante. Le placebo vient faire tampon dans les moments où le soignant voudrait apporter une réponse médicamenteuse sans pouvoir le faire. Il a ainsi le sentiment d'agir de manière empathique.

Suite à la prise en charge de Mr B, je me sentais dans l'incompréhension. Tant sur la façon dont mon collègue a pris en soin ce Mr, que sur la façon dont en équipe ce jour là nous l'avons pris en charge.

En USP, la douleur physique et/ou psychologique est un symptôme prioritaire, quotidien, connu des équipes. La douleur vécue par ce patient était telle qu'elle ne pouvait nous interpeller, qu'on ne pouvait passer à côté.

Comme décrit dans le RSCA, la prise en charge de la douleur peut être sujet à de fausses croyances ou en tous les cas à des croyances qui sont d'un autre âge comme l'« *opiophobie* ». Cette crainte de la morphine n'a pas lieu d'être dans une USP. L'utilisation de ce produit étant quotidienne, à des doses importantes et maîtriser par des équipes médicales et paramédicales qui le connaissent.

Cependant, lorsque la douleur survient chez un patient aux antécédents de toxicomanie comme Mr B, elle a une toute autre image. Le risque de l'utilisation des opioïdes étant la possible réactivation d'une dépendance par des demandes de produit inadapté. Ce risque comme nous l'avons vu est infime, exceptionnel. De plus, la douleur chez ces patients ne se manifeste pas de la même façon que chez les patients non consommateurs. Les phénomènes d'hyperalgésie et d'accoutumance aux antalgiques chez ces patients sont à connaître.

Alors, en USP, dans un contexte de phase terminal de cancer métastatique, où l'on sait que les douleurs peuvent être intolérables, n'y-t-il pas une nécessité de connaître ces phénomènes et de tout mettre en œuvre pour soulager le patient ?

Ensuite, le patient toxicomane est victime de ce qu'il représente chez le soignant. Emprunt à une stigmatisation importante qui modifie le prendre soin, la plainte de ces patients est jugée exagérée, fausse. Si en plus de la méconnaissance du phénomène d'hyperalgésie et d'accoutumance vient le poids de nos représentations alors la prise en charge ne peut être qu'« inadaptée ». « *Le plus important n'est-il pas d'accueillir toutes les plaintes et toutes les souffrances, sans discriminations et sans préjugés de leur nature, dans une position d'ouverture et d'accueil ?* »³⁶

Il y a donc une nécessité de connaître ces spécificités dans la prise en charge de la douleur des patients aux antécédents de toxicomanie, d'autant plus dans une USP où l'on accueille particulièrement des patients aux symptômes dits « réfractaires ».

Le place des représentations, de la stigmatisation masque peut être ce que le soignant ne veut pas montrer: ses limites. Limites de ce que nous pouvons supporter, professionnellement et humainement. L'aspect répétitif de la plainte, comme dans la situation, vient ébranler le soignant en faisant échec à ses illusions de toute puissance et en réaffirmant ses limites.

Car « *la souffrance, de par son universalité, possède des capacités de diffusion (dus à l'identification) qui fragilisent la membrane externe protectrice du groupe soignant* ». ³⁷

La plainte, qu'elle que soit sa nature, se doit d'être entendue, décryptée. Elle réclame du soignant aussi bien un « appel au lien », une écoute; qu'un appel à « l'acte médical », résolutif et thérapeutique. Ce qui explique pourquoi une réponse que « médicale » peut être insatisfaisante pour le patient et que la plainte devienne incessante, obstinante pour le soignant. Ainsi, le fait de ne rien pouvoir « faire » techniquement pour un patient ne signifie pas pour autant que tout travail de soin est impossible. Quand les patients nous renvoient aux limites de notre action, il ne nous reste plus qu'à être la, qu'à être face à eux et à leur souffrance.

Mais, la culture du « faire » dans laquelle nous évoluons aujourd'hui, met le soignant dans une position délicate. Dans cette médecine moderne, on peut toujours « faire » plus. Le placebo représente donc une réponse immédiate à la souffrance, l'impuissance du soignant. Il y a donc toute sa place. Mais cette réponse a des conséquences douloureuses lorsqu'elle n'est pas utilisée de manière consensuelle et à bon escient. Dans la relation soignant-soignée, le soignant utilise le mensonge, dissimule la vérité. Dans la relation professionnelle, il installe un climat de doute, de perte de confiance.

La réalisation du RSCA m'a permis de prendre de la hauteur sur la situation que j'avais vécue en USP. Revenir sur cette situation, « m'arrêter dessus » en déclinant un questionnaire m'a permis d'apporter différents regards.

La douleur: l'identifier, l'évaluer, la soulager est le quotidien du soignant. Nous l'abordons théoriquement dans nos études d'infirmier mais dans la réalité, lorsque nous sommes face au patient, elle vient faire violence dans ce qu'elle nous renvoie. Elle est unique à chacun dans ses ressentis, perceptions, sensations, représentations... Mais lorsqu'elle survient chez des sujets qui sont emprunts à la stigmatisation, aux jugements comme le toxicomane; elle peut être sous estimée voire annulée. Le métier de soignant a notamment comme mission celui de traiter, soulager, accompagner. Mais qu'en est-il quand nous n'y parvenons pas ?

La culture du « faire » nous indique qu'il n'est pas possible de ne pas y parvenir. Il y a forcément une réponse à apporter aux patients. Une réponse tarifée, actée.

Le soignant par un sentiment d'impuissance peut alors se laisser tenter par ses représentations, ses jugements et se dire en effet que le placebo peut être un moyen d'apaiser, voire de soulager.

S'agit-il de combler le vide, le manque de mots ?³⁸ Les mots, la communication sont de moins en moins utilisés par le soignant. Pourtant, elle est un acte de soin même si elle n'entre pas dans les codifications de la tarification à l'acte et n'est pas valorisée. Dans les USP, elle doit cependant être au premier plan. On ne peut la banaliser, la taire face aux patients en fin de vie et à leur proches.

Dans la situation relatée, le patient semble ne pas s'exprimer ou comme le souligne mon collègue seulement de façon « désagréable, voir incorrecte ». Cela ne cache-t-il pas justement d'autres mots? Au sein de l'équipe également cette communication est mise à mal. Si le travail d'équipe ne se fait pas, le risque est grand d'arriver à des situations de passage à l'acte, de débordement, comme l'utilisation hâtive de placebos. Comment redonner place à cette parole au chevet du patient comme au chevet de l'équipe quand « le mal-être » devient le maître mot de la profession soignante?

BIBLIOGRAPHIE

Livres:

MORASZ Laurent, Le soignant face à la souffrance. Dunod juin 1999

MOREL Alain, HERVE François, FONTAINE Bernard, Soigner les toxicomanes, 2ème édition
Dunod, Août 2003

Revue:

Douleur, votre pratique, Entre souffrance et douleur, Prise en charge de la douleur chez le patient
toxicomane, volume 6 - n°6, déc 2005

Douleur, opinion, Douleur chronique et toxicomanie, volume 3 – n°6, déc 2002

Liens électroniques:

BERNOUSSI.M, FLORIN.A, La notion de représentation : de la psychologie générale à la
psychologie sociale et la psychologie du développement, 1995,
https://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1995_num_48_1_2115

CLOUVEL.L, Quand le patient s'oppose aux soignants, 2012, <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-ludivine-clouvel.pdf>

DARDE Maxime, Soignant n'ayons plus peur des morphiniques!, août 2011

[https:// www.actusoins.com/8576/soignants-nayons-plus-peur-des-morphiniques.html](https://www.actusoins.com/8576/soignants-nayons-plus-peur-des-morphiniques.html)

DELIEUTRAZ.Séverine, Le vécu d'impuissance chez le soignant: entre pertes et élan retrouvé, 2012
<https://www.cairn.info/revue-cliniques-2012-2-page-146.htm>

FAVATIER.J, Usagers professionnels: comment évoluent nos représentations?”, Revue Actal, les
cahiers thématiques de la fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie, n°5, mai 2009,
<https://www.federationaddiction.fr/actal-n5-mai-2009-addictions-en-representations/>

GINIES.P, magazines Addictions n°31, oct 2010, <https://www.anpaa.asso.fr> > S'informer
Documentation > Ressources

JOYE Carole, Toxicomanie, Dynamique et impacts des représentations négatives des infirmiers à l'égard des patients toxicomanes, juillet 2009,

https://www.chu-rouen.fr/page/DOC_178598

LAROCHE.F, ROSTAING.S, AUBRUN.F, PERROT.S, Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues dures (héroïne et cocaïne), Revue du rhumatisme Volume 79, n°4, p 306-311 (juillet 2012) , www.em-consulte.com/article/.../prise-en-charge-de-la-douleur-chez-le-toxicomane

L'HEUREUX.M, « 2è congrès international francophones de soins palliatifs 2013. Ateliers », Revue internationale de soins palliatifs 2013/1 (Vol.28), p.9-106,

<https://www.cairn.info/revue-infokara-2013-1-page-3.htm>

MAILLARD Frédéric, « demande répété de Meopa, soulagement ou addiction »,

<https://www.cnrdr.fr/Demandes-repetees-de-MEOPA.html>

MARESCOTTI.R, GINESTE.Y, Pouvoir du soignant: notion d'humilité, 2014

https://framework.agevillage.com/.../pdfs/marescotti_gineste_humilite_colloque_2014.pdf

MULLER.A, KOCH.B, RENE.F, BOUTILLIER.A.L, SEE.V, LOEFFER.J.P, Mécanismes de la tolérance et de la dépendance aux opioïdes, 1999

https://www.academia.edu/.../Mécanismes_de_la_tolérance_et_de_la_dépendance_aux_opioïdes

PELICIER.N, Valeurs du soin en fin de vie: mise en danger et compétence soignante, 2015,

www.espace-ethique.org/.../valeurs-du-soin-et-fin-de-vie-mise-en-danger-et-compéten

PETIT Nathalie, La rencontre soignant-soigné addicté: entre rejet (expulsion) et attraction (absorption), 2016

TACHEAU.M, RENY.J, CRÉPIN.E, AKHDARI.M, HÉRON.A, Le placebo a-t-il sa place dans la relation soignant-soigné à l'hôpital?, 2017, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal01599215/document>

REYRE.A, La rencontre de soin avec le patient toxicomane, ou comment faire en contexte de défiance, in Emmanuel Hirsch, Traité de bioéthique, ERES « Poche – Espace éthique », 2010, p 244-256, <https://www.cairn.info/publications-de-Reyre-%20Aymeric--57029.htm>

RIBEAU C, MARMET. T, Douleur, fin de vie et soins palliatifs, 2003,

http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/texte%20Ribau%2003_0.pdf

SEGURA. F, Représentations infirmières et toxicomanie, 2000,

<https://www.infirmiers.com/pdf/memoirefabrice.pdf>

SERRA.E, Douleur, psychiatrie et morphine, L'information psychiatrique 2009/4 (Vol.85), p. 329-

334, <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-4-page-329.htm>

VICTORRI-VIGNEAU.C, BRONNEC.M, GUILLOU.M, GÉRARDIN.M, WAINSTEIN. L,

GROSCLAUDE.C, JOLLIET.P, Prise en charge de la douleur aiguë chez les patients sous

traitements de substitution aux opiacés, 2012,

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11724-012-0291-y.pdf>

Résumé:

La rencontre de soin avec le patient toxicomane est empreinte à la stigmatisation. Comment se joue-t-elle lorsqu'elle a lieu dans une unité de soins palliatifs?

Mr B, toxicomane sevré depuis plusieurs années, est atteint d'un cancer. Il a souffert de douleurs majeurs durant les quelques jours précédant son décès. Sa douleur n'a pas été entendue auprès de l'infirmier.

A-t-il été victime de ce qu'il représentait en tant que toxicomane? A travers ce récit, nous allons tenter de comprendre la posture soignante. Cette posture soignante qui semble nier la douleur du patient, ou tenter de s'en protéger par l'utilisation du placebo. Le placebo réponse immédiate à l'intolérable, comblant la culture du « faire » à laquelle la médecine actuelle est si attachée.

Titre:

Influences des représentations des soignants dans le soulagement de la douleur du patient toxicomane sevré en unité de soins palliatifs.

Mots-clés:

Douleur, soins palliatifs, toxicomane sevré, placebo