

Travail Ecrit de Fin D'Etude

REPRESENTATIONS INFIRMIERES ET TOXICOMANIE

**Fabrice SEGURA Promotion 1997-2000,
Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Hospitalisation Privée de
Montpellier, 2000**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes et structures qui m'ont aidé à réaliser ce travail, notamment les cadres infirmiers qui m'ont permis l'accès à leurs services pour mes enquêtes ainsi que les infirmiers qui se sont prêtés au jeu des questionnaires.

Je remercie également les documentalistes de l'Observatoire Régional de la Santé de Montpellier et du Centre de Ressources et de Documentation sur les Toxicomanies qui m'ont aidé dans mes recherches.

Je remercie également Florence GAYET, enseignante à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Hospitalisation Privée de Montpellier pour la supervision de ce travail.

Enfin je remercie toutes les personnes, patients ou soignants, qui au cours des stages que j'ai effectués m'ont permis de m'interroger sur cet aspect du soin.

A TOUS MERCI

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	5
PARTIE I ELEMENTS THEORIQUES ET PRE-ENQUETE	7
CHAPITRE 1 Données épidémiologiques essentielles sur la toxicomanie en France	8
1-1 Introduction	8
1-2 Présentation de L'OFDT, Résultats	8
1-3 Données sur le dispositif sanitaire et social, 1998	9
1-4 Conclusions du rapport de l'OFDT	9
CHAPITRE 2 Définitions et concepts	11
2-1 Définitions	11
2-2 La dépendance et les pratiques addictives	11
2-3 Personnalité de la personne toxicomane	12
2-3-1 Traits de personnalité	12
2-3-2 Toxicomanie et structure psychologique	12
2-4 Les différents produits utilisés	13
2-5 Répartition des toxicomanes pris en charge selon le produit utilisé	14
CHAPITRE 3 Exemples de situations, représentations, pré-enquête	15
3-1 Quelques exemples illustrant le problème	15
3-2 Représentations sociales du toxicomane, soignants, non-soignants	16
3-2-1 Quelques opinions sur la toxicomanie	16
3-2-2 Représentations de professionnels de santé	17
3-3 Pré-enquête	18
3-3-1 Objectifs et pré-hypothèse	18
3-3-2 Résultats de la pré-enquête	18
3-3-3 Conclusions de la pré-enquête	22
PARTIE II ENQUETE	23
CHAPITRE 1 L'enquête : objectifs et réalisation	23
1-1 Objectifs et justification de l'hypothèse	23
1-2 Conditions de réalisation	23
CHAPITRE 2 Résultats de l'enquête	24
2-1 Taux de retour	24
2-2 Questions portant sur les représentations et la peur	24
2-2-1 Mots associés aux patients toxicomanes	24
2-2-2 Les soignants évitent-ils les toxicomanes ?	24
2-2-3 Les causes de la peur	25
2-2-4 Agressions des soignants	26
2-2-5 Ressenti infirmier face à la prise en charge du patient toxicomane	26
2-2-6 Les recours en cas de difficultés	26
2-2-7 La relation avec un patient toxicomane : peur ou angoisse ?	27
2-2-8 Degré de stress dans la relation	27
2-2-9 Niveau de connaissance	27
2-2-10 Propositions	27
2-3 Questions portant sur l'intérêt suscité par l'enquête	28
2-3-1 Intérêt suscité par l'enquête	28
2-3-2 Réflexions suscitées chez les soignants	28
2-4 Conclusions de l'enquête	29
CHAPITRE 3 Propositions d'actions	30
BIBLIOGRAPHIE	31

ANNEXES

	page
Annexe 1	Décret N°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières
Annexe 2	Décret N°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
Annexe 3	Loi du 31 décembre 1970, J.O. du 2&3 janvier 1971 (extrait) relative à la lutte contre la toxicomanie
Annexe 4	Questionnaire de pré-enquête
Annexe 5	Questionnaire d'enquête
Annexe 6	Maquette de dépliant d'information à l'intention des infirmiers et infirmières

TABLE DES ILLUSTRATIONS

	page
-Tableau N°1 « Les différents produits utilisés, selon la classification de LEWIN»	13
-Tableau N°2 « Répartition des toxicomanes pris en charge selon le produit utilisé »	14
-Tableau N°3 « Mots associés aux patients toxicomanes »	24
-Tableau N°4 « Les causes de la peur chez les soignants»	25
-Tableau N°5 « Les recours des soignants en cas de difficulté »	26

« REPRESENTATIONS INFIRMIERES ET TOXICOMANIE »

INTRODUCTION :

La toxicomanie est partie intégrante du 21^{ème} siècle, même si ses sources remontent à la plus lointaine antiquité de l'homme.

Aujourd'hui, en France, on estime entre 100.000 et 150.000 le nombre de toxicomanes, alors qu'ils étaient 80.000 en 1987*, ce phénomène s'est donc particulièrement intensifié sur les 15 dernières années.

Les prises en charges modernes de ces personnes au point de vue médical datent des années 1970, le Dr OLIVENSTEIN, médecin psychiatre s'y étant beaucoup intéressé et ayant créé le premier centre de prise en charge moderne : le centre Marmottan à Paris.

Or les mentalités ont comme toujours du mal à évoluer, peut être perdues entre les différents concepts et les différentes définitions de la toxicomanie...

Toxicomane-malade ? Toxicomane-délinquant ?

Même si chaque secteur de la société est censé avoir ses représentations propres et des conduites à tenir spécifiques en face d'un problème il semble qu'en matière de toxicomanie les genres se mélangent.

Actuellement, le plan triennal gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances(1999-2000-2001) insiste sur la nécessité d'une cohésion dans la prise en charge des toxicomanes.

Pour pousser plus loin la mise en avant de ce phénomène et explorer un aspect du problème peu abordé, j'ai décidé de m'intéresser aux représentations infirmières par rapport aux patients toxicomanes qu'elles peuvent être amenées à prendre en charge, par exemple dans des services de soins généraux, pour une pathologie indépendante de leur toxicomanie.

En effet, il est du rôle de l'infirmier de prendre en charge les personnes dont il a la charge de façon globale.

*Psychiatrie et Soins Infirmiers, M.HANUS & V.MARCHAL, Editions MALOINE, 1997

Ainsi on peut lire dans le décret n°92-221 du 16 février 1993, joint en annexe 1 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières :

« L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quelle que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation. »

L'article 1^{er} du décret n° 93-345 du 15 mars 1993, joint en annexe 2 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précise quant à lui :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative[...] Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers et infirmières, incluant notamment le secret professionnel :

[...]

-de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement,

[...]. »

Ces deux articles nous montrent la nécessité légale d'une prise en charge holistique des patients toxicomanes, l'infirmière ne pouvant ni occulter cet aspect de toxicomanie chez le patient qu'elle prend en charge même pour une pathologie indépendante, ni laisser transparaître dans les soins prodigués des éventuels sentiments négatifs liés à ses représentations propres.

Le choix de ce sujet m'est venu d'expériences personnelles vécues lors de stages effectués en services de soins généraux et de contacts que j'ai eus avec des personnes toxicomanes lors d'un stage optionnel.

J'ai pu alors constater que la population infirmière avait certaines attitudes particulières avec les patients toxicomanes,

J'ai également entendu des plaintes de patients toxicomanes quant à la façon dont ils s'étaient sentis perçus lors d'hospitalisations précédentes.

J'ai voulu en savoir plus et m'interroger sur les causes de cet état.

PARTIE I : ELEMENTS THEORIQUES & PRE-ENQUETE

Bien que depuis les années 1970 la connaissance des problèmes liés à la prise en charge des toxicomanes se soit développée, il me paraît essentiel pour une meilleure approche du sujet que je vais traiter de rappeler quelques éléments théoriques majeurs. Ainsi dans un premier temps je vais rappeler l'ampleur du phénomène par quelques éléments épidémiologiques et la politique actuelle en matière de soins aux toxicomanes.

Dans un second temps j'évoquerai les différents concepts théoriques qui sont rattachés aux toxicomanes ainsi que les différentes substances utilisées. Les sources de documentation sur les toxicomanes sont multiples aussi j'ai choisi de présenter uniquement les concepts les plus reconnus.

Je terminerai cette partie par une présentation de quelques représentations classiques des toxicomanes ainsi que quelques exemples de situations de prise en charge et des résultats de la pré-enquête que j'ai menée sur la pré-hypothèse :
« Un manque de connaissance des infirmières en matière de toxicomanie entraîne des représentations négatives à l'égard des patients toxicomanes hospitalisés en service de soins généraux, et nuit à la qualité de leur prise en charge. »

CHAPITRE 1 : DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ESSENTIELLES SUR LA TOXICOMANIE EN FRANCE

1-1 : Introduction

Ce chapitre ne se veut pas être une liste exhaustive des différentes statistiques existant actuellement en France sur le sujet de la toxicomanie, mais plutôt un élément de prise de conscience de la gravité et de l'importance de ce phénomène qui se généralise et touche toutes les franges de la population surtout celle de la jeunesse et des jeunes adultes.

1-2 : Présentation de L'Office Français des Drogues et des Toxicomanies(OFDT), résultats

L'OFDT est un organisme d'état, inclus dans le plan triennal gouvernemental de lutte contre la drogue et les dépendances 1999-2001. Il a pour objectif la surveillance et l'étude des pratiques et consommations en matière de toxicomanie.

Cet organisme mène ses propres enquêtes et effectue la synthèse des enquêtes déjà réalisées, la fiche synthèse « INDICATEURS ET TENDANCES », RAPPORT DE L'OFDT 1999 rapporte que :

- 15.8 % des adultes de 18 à 75 ans déclarent avoir déjà consommé une substance illicite au cours de leur vie et 4.4 % au cours des 12 derniers mois.
- La consommation de drogues est en augmentation chez les jeunes, avec une banalisation du cannabis, le nombre de jeunes ayant consommé au moins dix fois du cannabis au cours de la dernière année a augmenté de plus de moitié entre 1993 et 1997.
- Plus d'1/3 des jeunes âgés de 15 à 19 ans ont déjà consommé une drogue
- 14 % plus de dix fois au cours de leur vie
- 3 % des lycéens ont consommé des drogues de synthèse au cours de l'année
- 0 à 2 % selon les enquêtes ont consommé au cours de l'année des hallucinogènes, des amphétamines, de la cocaïne ou de l'héroïne
- 1 à 6 % ont consommé des produits à inhaler (colles, solvants...) sur l'année écoulée.
- La consommation d'héroïne est globalement en diminution
- La consommation de cocaïne est en augmentation (en 1997 entre 1 et 2 % des lycéens déclarent en avoir consommé dans l'année)
- En 1995, un adulte sur 10 consomme régulièrement des médicaments psychotropes, 8,7 % des 12-19 ans ont pris un médicament psychoactif au cours des 30 derniers jours, 10 % des lycéens ont pris régulièrement ce type de médicaments au cours de l'année, 20 % de façon exceptionnelle.

On estime entre 100.000 et 150.000 en France le nombre de toxicomanes actuellement.

1-3 : Données sur le dispositif sanitaire et social (1998)

Les structures de soins spécialisées en France sont représentées par :

- 190 centres de soins ambulatoires assurant accueil et orientation
- 50 centres avec hébergement
- 1400 places d'hébergement en dispositif spécialisé
- 5 unités d'hospitalisation spécifique, intra hospitalières
- 16 centres spécialisés de soins en milieu pénitentiaire.
- 60 réseaux ville - hôpital toxicomanie

La réduction des risques s'illustre par :

- 13.8 millions de seringues vendues ou distribuées aux toxicomanes
- 90 % des seringues ont été vendues en pharmacie dont 30% sous forme de trousse de prévention
- 1.5 millions de ces seringues ont été distribuées gratuitement dans le cadre de programmes de prévention des risques liés au partage de seringues.
- 50 récupérateurs, 148 distributeurs automatiques de seringues.
- 32 boutiques, structures d'accueil à bas seuil pour usagers actifs marginalisés.
- 2 sleep-in, hébergement de nuit d'urgence, l'un à Paris, l'autre à Marseille.

Les traitements de substitution représentent en France:

64.000 personnes sous traitement de substitution dont :

57.000 personnes sous SUBUTEX*(buprénorphine haut dosage prescriptible par les praticiens de ville)

7.200 personnes sous METHADONE*, prescription et délivrance initiées en centre spécialisé.

De ces chiffres on retiendra :

- L'inquiétante présence de la drogue auprès des jeunes,
- L'importance des moyens mis en œuvre par l'état dans un but de prévention primaire, secondaire et tertiaire en matière de toxicomanie,
- Le développement des traitements de substitution.
- Le rôle important du système de santé dans la prise en charge des toxicomanes.

1-4 : Conclusions du rapport de l'OFDT

L'approche du plan triennal gouvernemental de lutte contre la drogue et les dépendances est plus globale qu'auparavant, « toute substance psychoactive est susceptible d'un usage nocif ».

« Les dispositifs de soins de droit commun(médecine de ville, hôpital) restent relativement fermés ou du moins insuffisamment attentifs aux usagers de drogues »

Le plan triennal prévoit une politique de formation des personnels pour leur permettre d'acquérir les compétences qui leur manquent ainsi que la création d'équipes de liaison hospitalière (au moins une par département et dans tous les établissements publics de plus de 200 lits).

« Pour l'essentiel, les personnes dépendantes sont accueillies à l'hôpital en fonction de la pathologie associée dont elles souffrent, sans prise en compte particulière de leur dépendance »

« Les situations de crise sont mal gérées, elles entraînent un désarroi important des professionnels et parfois une attitude d'abandon ou de rejet peu propice au démarrage d'une prise en charge à long terme. Les savoir-faire sont insuffisants »

« De nombreux usagers n'entrent pas en contact avec le système de soins et ne formulent pas de demande d'aide sauf lorsqu'ils y sont contraints par la survenue d'une pathologie associée »

Ce rapport montre donc, parallèlement à l'étude du plan triennal que le dispositif actuel de santé présente des faiblesses et des manques en matière d'accueil et de prise en charge des toxicomanes, notamment car il ne prend pas en compte l'aspect toxicomaniaque des personnes soignées pour des pathologies indépendantes mais qui n'ont de contact avec le système de santé qu'à l'occasion de ces pathologies indépendantes.

L'accent est mis sur la nécessité de formation des soignants

CHAPITRE 2 : DEFINITIONS ET CONCEPTS

2-1 : Définitions

« On appelle toxicomanie l'appétence anormale et prolongée manifestée par certains sujets pour des substances ou des drogues dont ils ont connu accidentellement ou recherché volontairement l'effet sédatif, euphorisant ou dynamisant – appétence qui devient rapidement une habitude tyrannique et qui entraîne presque inévitablement l'augmentation progressive des doses. » A.POROT, médecin psychiatre

Cette définition présente l'intérêt de ne pas définir la toxicomanie en partant du produit consommé mais du comportement d'un sujet donné en présence d'une substance donnée. Cependant elle ne prend pas en compte l'aspect polytoxicomaniac de la plupart des toxicomanes actuels.

« La drogue est une substance toxique faisant l'objet d'une consommation abusive, sans justification thérapeutique. Cet abus s'accompagne d'une intention volontaire (la recherche du plaisir) entraînant une dépendance psychique, physique et sociale. » Pr. PELLICIER.

Ici on montre la diversité des dépendances dans les secteurs psychiques, physiques et sociaux.

« La pharmacodépendance est une dépendance aux drogues. C'est un état physique et psychique résultant de la prise d'une ou plusieurs drogues, caractérisé par des réactions comportementales ou autres comprenant toujours un besoin compulsif à prendre une drogue de façon continue ou périodique afin d'en éprouver les effets psychiques et parfois de supprimer le malaise consécutif à son absence. Une personne peut être dépendante de plus d'une drogue. » Organisation Mondiale de la Santé, 1975.

Cette définition évoque l'accoutumance, désir de renouveler une expérience agréable de prise de drogue, puis la tolérance, qui implique la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet, et enfin l'état d'assuétude qui au travers de la dépendance physique qui en est le signe le plus visible signe un asservissement total, psychique, physique et social au produit.

Cette définition a de plus le mérite d'évoquer la polytoxicomanie.

Il faut donc retenir que la notion de toxicomanie n'est pas tant liée au produit qu'à la façon dont il est utilisé et à la dépendance présente chez le toxicomane.

2-2 : La dépendance et les pratiques addictives

Si la dépendance peut être définie comme l'impossibilité de s'abstenir de consommer un produit et est caractérisée par la tolérance et les signes de sevrage, la notion d'addiction, elle, se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement de consommation de substances et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Ainsi avec la notion d'addiction, on introduit la notion de la conscience de la dangerosité du comportement par le toxicomane.

Ce concept de pratiques addictives globalement admis aujourd'hui puisque c'est sur lui que repose le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001 fait un parallèle entre toxicomanie, tabagisme et alcoolisme en émettant l'hypothèse que la dépendance à ces différentes substances psychoactives repose sur des mécanismes neurobiochimiques communs faisant intervenir le système de récompense.

Ceci permet d'expliquer la fréquence de polytoxicomanies et la comorbidité drogues légales/drogues illégales.

Ainsi toutes les addictions prendraient leur source dans le triangle : vulnérabilité-situation déclenchante-produit.

2-3 : Personnalité de la personne toxicomane :

2-3-1 Traits de personnalité :

Les traits de personnalité habituellement retrouvés chez le toxicomane, et ce quelle que soit sa structure psychologique sont généralement :

- L'oralité, toujours présente, est très manifeste chez ces sujets en éternel manque, elle se traduit par leur avidité, leur insatiabilité, leurs éternelles demandes.
- La régression narcissique, avec une recherche du plaisir immédiat au niveau auto-érotique, les objets, entre autres la drogue ne les intéressent que pour combler leur vide narcissique.
- Les zones érogènes sont localisées au niveau de la bouche, la peau, leur intérieur même, la sexualité génitale est pauvre.
- L'autodestruction, la dimension masochiste du toxicomane, trop faible pour s'auto-agresser directement passe par l'intermédiaire de la drogue qu'il utilise.
- La dysthymie, fréquente chez ces sujets instables avec des parallèles aux personnalités psychopathiques.
- L'angoisse, insoutenable et pourtant au cœur de leur existence est combattue et évitée par la consommation du produit sur un mode impulsif.
- Marginalité sociale, avec auto exclusion du groupe social et rejet.

Notons dès maintenant que ces traits particuliers de personnalité vont bien sur intervenir dans les interactions avec les soignants : éternelles demandes, dysthymie, marginalité sociale, angoisse importante, impulsivité, risque de passage à l'acte.

2-3-2 Toxicomanie et structures psychologiques

Classiquement on distingue trois groupes de toxicomanes en fonction de leur structure psychique :

a) Toxicomanie et structure psychotique :

La toxicomanie est fréquente dans certaines formes de début de schizophrénie. Certaines drogues peuvent entraîner des expériences de dépersonnalisation et de dissociation chez certaines personnes prédisposées.

b) Toxicomanie et structure névrotique :

La toxicomanie est compulsive, permet partiellement au sujet de gérer son angoisse, qu'il assume partiellement par ailleurs.

Les traits de personnalités les plus fréquemment retrouvés ici sont :

Traits anxieux,
Troubles de l'humeur,
Traits hystériques,
Plus rarement phobiques et obsessionnels.

c) Toxicomanie et structure psychopathe :

C'est la structure la plus fréquente chez les toxicomanes.

Elle est caractérisée par la biographie remplie d'actes médicaux légaux, la polytoxicomanie, et l'intolérance à la frustration.

2-4 : Les différents produits utilisés

Classiquement, on classe les produits utilisés en fonction des effets qu'ils procurent selon la classification de LEWIN :

GROUPE :	Action psycho-pharmacologique :	Produits :
EUPHORICA (stupéfiants)	Effet analgésique Diminution des réactions émotives et des perceptions Maintient ou diminution de la conscience vigile Etat de béatitude psychologique	Opium Morphine Héroïne Cocaïne Codéine
PHANTASTICA (hallucinogènes)	Trouble des perceptions, illusions, hallucinations Modification de l'affectivité et de l'humeur Altération du contenu et du cours de la pensée Trouble de la conscience vigile	Cannabis Peyotl LSD Mescaline Psilocybine Amanite
EXCITANTIA (stimulants, excitants)	Stimulation de la vigilance Excitation intellectuelle psychologique et motrice	Café, thé, camphre Tabac, Khat Amphét. Ecstasy
HYPNOTICA (hypnotiques et tranquillisants)	Sommeil artificiellement induit	Chloral, Véronal, Autres hypnotiques

Tableau N°1 : « Les différents produits utilisés par les toxicomanes, classification de LEWIN »

2-5 : Répartition des toxicomanes pris en charge selon le produit utilisé

Ces chiffres permettent d'avoir une approche de la demande de soins des toxicomanes en fonction des produits qu'ils utilisent, on notera une très forte représentation des héroïnomanes, les possibilités de substitutions étant probablement l'explication de ces chiffres, outre les injonctions thérapeutiques liées à la loi du 31 décembre 1970.

Substance principalement Utilisée :	nombre de toxicomanes :	% :
Héroïne et autre opiacé :	12593	61.7
Dont Héroïne :	11013	53
Cannabis et dérivés :	3755	18.4
LSD et autres dysléptiques :	121	0.5
Psychotropes, stimulants, Antidépresseurs :	470	2.3
Psychotropes, sédatifs Tranquillisants :	1075	5.2
Cocaïne :	374	1.8
Crack :	222	1
Colles et solvants :	111	0.5
Méthadone :	263	1.2
Temgésic :	433	2.1
Autres substances :	461	2.3

Source : Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, N°258, juillet 1996

Tableau N°2 : « Répartition des toxicomanes pris en charge selon le produit utilisé »

Plus de 62 % des toxicomanes déclarent consommer plus d'un produit.

En 1994 le pourcentage de prise en charge dans le cadre de l'injonction thérapeutique était de 11 %.

CHAPITRE 3 : EXEMPLES DE SITUATIONS, REPRESENTATIONS, PRE-ENQUETE

3-1 : Quelques exemples de situations illustrant le problème

Ces exemples ont été relevés dans la littérature traitant de la prise en charge des toxicomanes, notamment dans le manuel : LES SOIGNANTS ET LES TOXICOMANIES, Editions LAMARRE, 1997

a) 1^{ère} situation :

« C. est hospitalisée dans un hôpital de la banlieue nord ouest de Paris pour une grossesse extra-utérine.

Toxicomane à l'héroïne depuis 10 ans, elle prévient par précaution l'anesthésiste et, devant son indifférence, insiste car elle craint de résister à l'anesthésie du fait de sa toxicomanie. Pour toute réponse, l'anesthésiste « l'envoie balader », lui dit qu'elle connaît son métier et lui demande son statut sérologique. Ulcérée, C. ne lui dit pas qu'elle est séropositive. « Avant comme après l'intervention, je n'ai trouvé aucun soutien » explique t'elle, c'est « débrouille-toi ». « Tu dois pleurer pour obtenir des médicaments, c'est terrible. Heureusement que j'avais des cachetons. » »

On voit ici un bel exemple de la négation de la toxicomanie avec un conflit qui en découle immédiatement.

L'angoisse du patient toxicomane face à la douleur n'est pas prise en compte sous prétexte de sa toxicomanie. On constate que le patient prend de lui-même des médicaments pour pallier son manque, ce qui pourrait avoir des conséquences graves pour sa santé.

En fait, cet exemple montre bien l'impossibilité pour une prise en charge correcte d'un patient toxicomane, d'ignorer sa toxicomanie.

Il évoque aussi la question de la prise en charge de la douleur chez ces patients qui sont difficiles à calmer et à qui, en plus de la douleur liée à la pathologie pour laquelle ils sont hospitalisés, on rajoute celle du manque.

La difficulté pour le soignant est ici de pouvoir se positionner comme étant informé de la toxicomanie du patient et en tenant compte dans les soins qui lui sont prodigués tout en respectant le fait que le patient ne soit pas en demande de sevrage.

Cet écueil peut trouver son origine dans le désir des soignants de ne pas « entrer » dans la vie du toxicomane, comme si parler avec un toxicomane de sa toxicomanie était une violation de son intimité, alors que souvent les toxicomanes informent rapidement l'équipe de leur toxicomanie.

La question se pose alors : est-ce du fait de la toxicomanie que les soignants ne veulent pas « rentrer » dans la vie de leur patient ou est-ce une habitude qu'ils ont aussi avec les autres patients ?

Or ce contact avec le patient toxicomane et le recueil de données complet sont la condition impérative d'une prise en charge correcte.

b) 2nde situation :

« M. est hospitalisé la nuit, via les urgences, dans le service de médecine interne d'un hôpital parisien pour un œdème lymphatique de la jambe. Le lendemain, il avertit l'équipe soignante qu'il est toxicomane actif et reçoit pour toute réponse une question : « Comment comptez-vous faire ? » « Le médecin ne m'a rien proposé, ni sevrage, ni substitution, rien. Résultat j'ai fait le mur tous les soirs pour aller chercher mes doses et me shooter. »

Ici l'impasse sur la toxicomanie du patient conduit à l'alternative : sevrage brutal - maintien de la toxicomanie avec prise de risque par le patient. Le problème est renvoyé au patient alors que celui-ci va probablement avoir du mal à le gérer. L'hospitalisation en modifiant l'environnement tente de modifier les habitudes du toxicomane, hors celui-ci ne peut s'offrir le luxe, au prix des douleurs du manque, d'un sevrage brutal.

Cette situation avec la négation du besoin du toxicomane et le refus de l'aider peut amener à des situations de violence, ou de refus de soins de la part du toxicomane qui préférera continuer à souffrir de l'affection pour laquelle il a été hospitalisé plutôt que du manque qu'entraînerait la privation du produit.

De plus cette expérience est lourde de sens pour le toxicomane dans la représentation qu'il aura des soignants pour une éventuelle prise en charge ultérieure de sa toxicomanie. Le rejet et le « débrouille-toi seul » risque de l'amener à penser qu'aucune aide ne peut être ni attendue ni obtenue de la part des soignants.

Chaque soignant devrait donc, selon le Dr GIBIER, penser en terme de gestion du manque que « ce n'est pas parce qu'un toxicomane est hospitalisé pour une septicémie ou une jambe cassée qu'il doit être systématiquement sevré. »

L'importance de ce contact avec le secteur de la santé est capitale pour le toxicomane, en effet les rares contacts qu'il a avec le système de santé sont souvent liés à des pathologies annexes et on peut considérer que son désir d'être pris en charge ultérieurement va dépendre de la façon dont il aura été accueilli lors de ces épisodes et du souvenir qu'il aura conservé des soignants. Ces hospitalisations peuvent être des moments privilégiés de rencontre entre soignants et toxicomanes, permettant au toxicomane, si il le désire, d'obtenir de l'information sur les aides que peut lui apporter le système de santé.

3-2 : Représentations sociales du toxicomane, soignants, non soignants

3-2-1 Quelques opinions sur la toxicomanie

Selon une étude publiée dans le baromètre santé-jeune 1997/1998 du comité français d'éducation pour la santé, plus de la moitié (52.2 %) des parents interdisent à leurs enfants de consommer du cannabis, 62.3 % des jeunes usagers de cannabis déclarent qu'aucun de leur parent n'a connaissance de leur consommation de cannabis.

Le sujet reste relativement peu abordé dans les familles puisque 23,6% des jeunes ne connaissent pas l'avis de leurs parent sur la consommation de cannabis (pour 10.1 % en ce qui concerne le tabac).

Plus de $\frac{3}{4}$ des adolescents entre 12 et 19 ans pensent que les toxicomanes sont avant tout des malades, la majorité d'entre eux (93.2 %) déclarent que les toxicomanes doivent avoir accès aux meilleurs traitements médicamenteux.

Ces chiffres laissent penser que la représentation des toxicomanes n'est pas si mauvaise chez les jeunes, puisque pour une bonne partie ils considèrent les toxicomanes comme des malades.

Cependant, 2 adolescents sur 3 (66.4 %) affirment que les toxicomanes sont agressifs et dangereux.

La peur reste donc toujours présente, même si 60.2 % des adolescents ne pensent pas que les toxicomanes doivent être punis.

3-2-2 Représentations de professionnels de la santé

Une étude a été réalisée en 1993 par le magazine IMPACT MEDECINS sur les représentations comparées des médecins, pharmaciens et du grand public en matière de toxicomanie. Cette étude, bien que datant un peu, est la seule disponible en matière de comparaison grand public / professionnels de santé.

On apprend dans cette étude que pour 55 % des français la toxicomanie représente la première menace pour leurs enfants. C'est dire la peur qu'elle génère.

Globalement, les 3 catégories de personnes interrogées considèrent le toxicomane comme un malade, généralistes(G) 80 %, pharmaciens(P) 76 %, grand public(GP) 81% ce qui est plutôt encourageant.

La toxicomanie toucherait toutes les catégories de la population : G 74 %, P 79 %, GP 79%.

Le plan de lutte contre la toxicomanie paraît insuffisant :G 68 %, P 64 %, GP 77 %

Mais il est méconnu par certains professionnels : G 17 %, P 19 % ce qui est inquiétant.

55 % des généralistes, 44 % des pharmaciens et 43 % du grand public pensent que la toxicomanie est le principal facteur de propagation du SIDA, alors qu'à cette époque il s'agit des relations sexuelles on note donc un manque d'information entraînant un préjugé négatif à l'égard des toxicomanes.

Concernant la substitution, 39 % des généralistes ne sont pas disposés à prescrire des médicaments de substitution aux toxicomanes, 36 % des pharmaciens ne sont pas disposés à les délivrer.

5 % des pharmaciens refusent la vente de seringues à un toxicomane, 54 % en refusent l'échange.

Cette enquête montre une acceptation globale de la notion toxicomane-malade, en revanche elle dénote aussi d'une forte réticence des professionnels pour la substitution et une méconnaissance importante des plans de lutte contre la toxicomanie par les professionnels de la santé ici interrogés.

3-3 : Pré-enquête

3-3-1 Objectif et pré-hypothèse

N'ayant pas trouvé de résultats d'enquête préalable portant sur les connaissances en matière de toxicomanie des infirmières et sur leurs représentations des toxicomanes, j'ai choisi de réaliser un questionnaire que j'ai ensuite distribué dans deux services de soins généraux, l'un de médecine l'autre de chirurgie viscérale.

Le bon accueil qui m'a été réservé par les responsables infirmiers de ces services ainsi que par les équipes infirmières m'a permis de croire en leur bonne volonté quant à cette enquête que je mènerais en deux étapes : pré-enquête puis enquête.

J'ai choisi de mener cette enquête en service de soins généraux car c'est le plus souvent à l'occasion d'une hospitalisation pour une pathologie annexe que les toxicomanes ont un contact avec les soignants, contact pouvant initier un désir de prise en charge de leur toxicomanie.

J'ai donc formulé la pré-hypothèse suivante :

« Un manque de connaissance des infirmières en matière de toxicomanie entraîne des représentations négatives à l'égard des patients toxicomanes hospitalisés en soins généraux, et nuit à la qualité de leur prise en charge. »

La représentation est définie comme « Le fait de rendre sensible au moyen d'une image, d'une figure, d'un signe , un objet absent ou un concept » par le Petit ROBERT.

J'ai donc réalisé un questionnaire, joint en annexe 4, comprenant une première partie permettant d'avoir des données sur l'état civil et l'expérience de l'infirmière, puis une deuxième partie comportant 10 questions, ouvertes et fermées.

J'ai distribué 35 questionnaires, j'ai pu en récupérer 23 ce qui représente un très bon taux de retour (65.7 %).

J'ai laissé ces questionnaires entre 1 et 2 semaines en service pour permettre aux différentes équipes d'y répondre.

J'ai préalablement testé ce questionnaire auprès de 3 infirmières pour le valider.

3-3-2 Résultats de la pré-enquête :

a) Population ayant répondu à l'enquête :

L'âge moyen des infirmières ayant répondu est de 34 ans avec une répartition comme suit :

Ans :	Nombre d'IDE :
20-30	10
31-40	8
41-50	4
>50	1

Elles ont en moyenne 10 ans d'ancienneté :

Années d'ancienneté : Nombre d'IDE :

<1	3
1-5	8
6-10	3
11-15	3
16-20	2
>20	4

8 d'entre-elles ont obtenu leur diplôme avant la réforme des études.

Seulement 5 d'entre-elles ont déjà exercé leur métier en secteur psychiatrique.

a) Résultats de la pré-enquête et exploitation :

-16 Infirmières, soit 70 % ont déjà eu à prendre en charge, en service de soins généraux, un patient toxicomane pour une affection annexe. Cela confirme le fait que toute infirmière travaillant en service de soins généraux est amenée à prendre en charge, même rarement, des patients toxicomanes.

-A l'unanimité les infirmières disent que la prise en charge d'un patient toxicomane présente des spécificités par rapport à un patient non-toxicomane. Les infirmières ont donc conscience que leur façon de prendre en charge ce patient devra être modifiée par rapport à un autre patient.

Les points spécifiques concernant cette prise en charges cités sont :

- Au niveau de la communication : Patient renfermé ou agressif ;
- Nécessité de renforcer le personnel masculin ;
- Nécessite une adaptation des locaux : Pharmacie fermant à clef, chambre seule, verrouillage des fenêtres ;
- Surveillance particulière de la prise du traitement ;
- Malade imprévisible, relations très violentes en état de manque ;
- Relation basée sur les rapports de force ;
- Renforcement des précautions lors des soins (contamination virale...) ;
- Refus par le toxicomane des limites et règlements ;
- Prise en charge de la douleur difficile ;
- Prise en charge psychologique plus importante et spécifique ;
- Surveillance des contacts, visites ...
- Education adaptée pendant l'hospitalisation ;
- Exigence importante pour les soins, la disponibilité ;
- Absence de jugement ;
- Etablissement de contrats.

Au vu de ces résultats, on note que l'agressivité et la violence des rapports sont fréquemment évoqués, ainsi que la peur du vol de médicaments.

Généralement les infirmières évoquent la nécessité de renforcer la surveillance de ces patients.

Beaucoup évoquent l'état de manque, ce qui amène à penser que la substitution n'a pas été pratiquée lors des expériences qu'elles ont vécues.

La demande constante du toxicomane est aussi évoquée et on perçoit l'évocation d'une surcharge de travail générée par ce type de patients.

Les questionnaires montrent également une grande disparité dans les réponses : certains étant beaucoup plus axés sur la sécurité, d'autres sur la relation avec le patient.

Globalement, l'évocation de la perturbation du travail apportée dans les services par ce type de patient est perçue.

7 infirmières soit le 1/3, n'ont pas su citer 5 produits utilisés par les toxicomanes, cependant quelques-unes ont inclus dans ces produits le tabac et l'alcool, ce qui est conforme à la nouvelle approche de la toxicomanie en tant qu'addiction.

Les produits cités sont les produits classiquement retrouvés dans les conduites toxicomaniaques.

Deux infirmières évoquent la polytoxicomanie dans leurs réponses.

La connaissance des produits utilisés est plutôt bonne dans l'ensemble même si pour certaines personnes la toxicomanie se limite aux drogues anciennement dites « dures ».

A la question « donnez des synonymes au mot « toxicomane », les réponses sont très variables.

Peu de personnes évoquent les mots personnes dépendantes, addiction, usagers de drogues..., qui appartiennent au vocabulaire actuellement utilisé en matière de toxicomanie.

Le terme « drogué » est très présent, 14 fois.

Le terme « dépendant, dépendance, personne dépendante » n'est présent que 7 fois, soit moins d'un tiers des questionnaires.

Un terme en rapport avec l'addiction n'est retrouvé qu'une seule fois.

On retrouve beaucoup de termes à connotation péjorative tels : « camé, shooté, dopé, tox, toxico, junky »

L'ancienneté professionnelle des infirmières ne semble pas en rapport avec le vocabulaire employé en matière de toxicomanie.

On notera qu'au-delà de l'ignorance du concept d'addiction, la richesse du vocabulaire en termes péjoratifs peut présumer des a priori et du rejet suscité par les toxicomanes chez certains soignants.

Les solutions thérapeutiques connues par les soignants sont :

- Hospitalisation en structures spécialisées,
- Substitution
- Sevrage en structure psychiatrique,
- Enfermement, Internement, Isolement
- Aide à la réinsertion,
- Psychothérapie

La substitution est fréquemment citée, 14 fois, ce qui est plutôt encourageant puisqu'elle reste une technique relativement récente.

Le sevrage sec et l'enfermement en secteur psychiatrique restent présents à l'idée de quelques soignants.

Globalement, l'aide psychologique est évoquée.

Certains mots forts tels enfermement et sevrage sec montrent que la notion toxicomane-coupable est encore présente.

La méconnaissance de la loi du 31 décembre 1970 relative à l'injonction thérapeutique en matière de toxicomanie est générale puisque aucune réponse satisfaisante n'a été retrouvée à cette question.

La question portant sur les réactions sociales permet de voir les représentations des infirmières pour les toxicomanes lorsque celles-ci se situent hors de leur contexte de travail.

Les mots retrouvés sont par ordre de fréquence décroissante :

- Rejet,
- Peur,
- Incompréhension,
- Dégoût,
- Agressivité,
- Dénî,
- Curiosité.

Ces mots sont lourds de sens... Le patient toxicomane rejeté, craint, qui fait peur et qui déclenche l'incompréhension à l'extérieur de l'hôpital ne va t'il pas déclencher les mêmes réactions, même si dissimulées et cachées sous l'éthique professionnelle chez les personnes qu'il va rencontrer lors d'une hospitalisation ?

Concernant la prise en charge de la douleur chez le patient toxicomane, 14 personnes pensent qu'elle nécessite une prise en charge particulière mais très peu savent y trouver une explication.

L'impossibilité de recours aux morphiniques est évoquée par une personne, l'abaissement du seuil de douleur par une autre.

Une personne parle du rôle des produits de substitution dans la prise en charge de la douleur.

8 personnes n'ont pas répondu du tout à la question ou en disant qu'elles ne savaient pas.

Pour une personne, la prise en charge de cette douleur ne varie pas plus d'un patient toxicomane à un patient non toxicomane que d'un patient à l'autre.

Ainsi on note que globalement les infirmières se trouvent désarmées par rapport à la prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes, le plus souvent par un manque d'information.

Concernant l'orientation des toxicomanes et les structures d'aide existant à Montpellier ou au niveau national, 12 citent le nom d'associations de prise en charge existant réellement ou connaissent l'existence d'un service d'aide téléphonique aux toxicomanes.

3 personnes ont proposé une orientation psychiatrique.

Enfin, une seule personne a cité l'Unité de Traitement de la Toxicodépendance existant à Montpellier.⁸ Personnes interrogées sont donc incapables d'orienter un patient toxicomane demandeur de prise en charge.

3-3-3 Conclusion de la pré-enquête

La pré-hypothèse « *Un manque de connaissance des infirmières en matière de toxicomanie entraîne des représentations négatives à l'égard des patients toxicomanes hospitalisés en services de soins généraux, et nuit à la qualité de leur prise en charge.* » est donc validée.

En effet, l'hétérogénéité des réponses concernant les conduites à tenir souligne une absence de cohérence face au patient toxicomane ce qui va renforcer ses tentatives manipulatoires.

D'autre part on note l'omniprésence de la peur de la violence qui va perturber la prise en charge.

La méconnaissance partielle des structures de prise en charge et d'aide aux toxicomanes va se traduire par une privation pour le toxicomane d'un accès à l'information.

Quant aux représentations négatives, elles sont traduites par l'expression de la peur de la violence et par les mots employés comme réponses à la question portant sur les réactions sociales face aux toxicomanes ainsi que par les synonymes utilisés pour les désigner.

L'idée la plus forte pour moi qui ressort de ce questionnaire est celle de la peur de la violence qui pourrait être à l'origine des défenses mises en place par les soignants lorsqu'ils se trouvent en face (et non à côté) d'un patient toxicomane. Le rejet de cette violence et la défense contre cette peur peuvent amener le soignant à rejeter en bloc le patient toxicomane pour échapper à cette peur.

Je choisis donc de cibler mon enquête plus particulièrement sur cette peur que ressent le soignant face au patient toxicomane puisque selon moi elle est la cause, en tant que représentation négative, de la plupart des réactions négatives face aux toxicomanes et qu'elle peut par ce biais porter atteinte à la qualité de leur prise en charge.

PARTIE II : ENQUETE ET RESULTATS

CHAPITRE 1 : L'ENQUETE, OBJECTIFS ET CONDITIONS

1-1 : OBJECTIFS ET JUSTIFICATION DE L'HYPOTHESE

La peur de la violence révélée par la pré-enquête traduit un sentiment d'insécurité du personnel, ainsi, l'hypothèse de travail pour l'enquête sera :

« La qualité de prise en charge du patient toxicomane en service de soins généraux dépend du sentiment de sécurité du personnel soignant. »

Le sentiment étant défini comme *« la conscience plus ou moins claire, la connaissance comportant des éléments affectifs et intuitifs »*, la sécurité comme *« état d'esprit confiant et tranquille de celui qui se croit à l'abri du danger »* dans le Petit ROBERT.

A noter que la pré-enquête a démontré qu'un manque de connaissance des soignants en matière de toxicomanie entraînait des représentations négatives.

Le but de l'enquête sera donc de montrer les liens qui existent dans l'enchaînement :

**Manque de connaissance → Représentations négatives → Sentiment d'insécurité
→ Atteinte à la qualité de la prise en charge**

1-2 : CONDITIONS DE REALISATION

L'enquête a été réalisée sur les mêmes terrains que la pré-enquête, c'est à dire un service de chirurgie viscérale et générale et un service regroupant médecine, hématologie et cardiologie.

J'ai tenu à réaliser l'enquête sur ces mêmes terrains puisque le personnel avait réservé un bon accueil à la pré-enquête et que j'avais obtenu un bon taux de réponses.

Cette enquête a été réalisée sous la forme de questionnaires anonymes préalablement testés auprès de deux infirmières qui ont été distribués avec le concours des surveillantes des services concernés.

Un exemplaire du questionnaire est joint en annexe 5.

J'ai ainsi distribué 35 questionnaires que j'ai récupérés après une dizaine de jours.

J'ai privilégié les questions fermées limitant le choix à l'affirmation ou la négation pour limiter le temps nécessaire au questionnaire, j'ai également posé 2 questions ouvertes pour permettre l'expression d'idées plus personnelles et limiter le côté frustrant et monotone des questions fermées.

Une question permet d'évaluer par graduation le degré de stress éprouvé, cette technique permettant de donner un indice à un ressenti.

Deux questions me permettront également d'évaluer l'intérêt qu'ont pu éprouver les personnes qui ont répondu à cette enquête.

Ces questionnaires étaient exclusivement destinés au personnel infirmier.

CHAPITRE 2 : RESULTATS DE L'ENQUETE

2-1 : Taux de retour :

Le taux de retour est bon puisque sur 35 questionnaires distribués, 22 ont pu être récupérés et exploités de manière satisfaisante, ce qui représente un taux de retour de 63%.

2-2 : Questions portant sur les représentations et la peur

2-2-1 Mots associés aux patients toxicomanes :

MOTS	NOMBRE	%
Agressif	20	90
Violent	18	81
Dangereux pour soignants	15	68
Dangereux pour autres patients	9	41
Manipulateur / menteur	20	90
Voleur	18	81
Opposant aux soins	16	72

Tableau N°3 « Mots associés aux patients toxicomanes »

Ces résultats montrent par l'importance des associations faites entre patient toxicomane et mots en liens avec l'agressivité l'opinion peu favorable des soignants quant aux toxicomanes. Cette agressivité peut être ressentie de façon directe (agressif, violent, dangereux) ou indirecte (opposant aux soins) voir dans le non respect de la loi (manipulateur, menteur, voleur).

Il faut souligner que 68 % des soignants interrogés pensent que le patient toxicomane peut être dangereux pour eux et que 90 % d'entre eux leur associe le terme agressif. 81 % évoquent la violence du toxicomane.

En revanche le patient toxicomane n'apparaît pas dangereux (41 %) pour les autres patients. La question du pourquoi le toxicomane serait-il dangereux surtout pour les soignants est posée. Peut être du fait qu'ils symbolisent la frustration par la réponse négative aux nombreuses demandes des toxicomanes, ceux ci présentant souvent une intolérance à la frustration du fait de leur personnalité psychopathe.

2-2-2 Les soignants évitent-ils les toxicomanes ?

Cette question portant sur le comportement dans le cadre du travail et hors de ce cadre a pour but de montrer que les obligations professionnelles peuvent conduire le soignant à avoir des contacts avec des personnes qu'il évite hors du travail.

Sur 22 réponses, 4 personnes (23 %) ont répondu avoir déjà cherché à éviter un contact avec un toxicomane dans le travail, ils sont deux fois plus nombreux à le faire hors du cadre de leur travail, 12 personnes (54 %).

Ainsi, des infirmiers reconnaissent avoir déjà cherché à éviter des patients toxicomanes dans le cadre de leur travail.

D'autres résistent à cette envie peut-être du fait de leur éthique, mais évitent les toxicomanes hors du cadre professionnel.

La peur pourrait bien être à l'origine de cette fuite.

2-2-3 Les causes de la peur :

Cette question a pour objectif de trouver les causes d'une éventuelle peur des soignants en face des toxicomanes.

La question est formulée de façon à permettre au soignant de ne pas reconnaître sa peur mais de savoir ce qui la causerait si elle devait exister, ce qui à l'avantage d'éviter des réponses négatives dues au désir des soignants de masquer cette peur.

PEUR POUR.../DE...	NOMBRE	%
Sécurité physique	17	77
Effets personnels	11	50
Ne pas pouvoir répondre aux attentes	19	86
Ne pas pouvoir maîtriser un sentiment de rejet	6	28
Etre manipulé	19	86
Se trouver seul face à lui	15	68
Ne pas pouvoir masquer sa peur	3	14

Tableau N°4 « Les causes de la peur des soignants »

Ainsi, les causes les plus évoquées sont la peur de la manipulation 86 %, la peur de ne pas pouvoir satisfaire les attentes du patient 86 % et la peur pour la sécurité physique 77 %, cette dernière étant renforcée par la peur de se retrouver seul face au patient, sans appui.

Les deux premières causes sont liées à la personnalité du patient : manipulateur et en demande permanente. La gestion de ces deux composantes de la personnalité du patient paraît donc difficile pour beaucoup de soignants, peut être parce qu'ils ne s'y sentent pas suffisamment préparés.

Les deux autres causes les plus fréquemment retrouvées sont en lien avec la violence possible du patient toxicomane puisque les soignants ont peur pour leur sécurité physique.

Globalement les soignants semblent assez surs de leurs capacités à maîtriser leurs émotions puisque seuls 28 % pensent ne pas pouvoir maîtriser un sentiment de rejet, et 14 % ne pas pouvoir masquer leur peur.

2-2-4 Agressions des soignants.

Elles sont surtout d'ordre psychologique, 18 personnes (81 %), les agressions physiques n'étant cependant pas rares puisque 8 personnes (37 %) ont déjà été agressées par un patient.

Cependant seules 2 personnes estiment avoir déjà été agressées (psychologiquement) par un patient toxicomane.

Ceci montrerait donc qu'en fait les patients toxicomanes hospitalisés en services de soins généraux n'ont pas particulièrement tendance à agresser les personnes qui les soignent. Ce chiffre peut cependant être relativisé par le fait qu'il est probable que les infirmières interrogées n'aient pas eu à prendre beaucoup de patients toxicomanes en charge.

2-2-5 Ressenti infirmier face à la prise en charge du patient toxicomane :

Cette question ouverte a ramené 2 grands groupes d'idées :

- La peur, l'inquiétude, la difficulté, l'insécurité
- Le manque de connaissance.

Sur les réponses retrouvées, 2 personnes estiment qu'il s'agit de patients comme les autres, la notion de peur et d'insécurité est évoquée 10 fois, celle du manque de connaissance ou des a priori négatifs 6 fois.

Les soignants évoquent donc ici clairement leur ressenti de peur face au patient toxicomane ainsi que leur manque de connaissance en la matière.(rappelons qu'ils s'agissait d'un question ouverte, les mots sont donc ceux des soignants).

2-2-6 Les recours en cas de difficultés :

Avec cette question on se propose d'observer les différents recours des infirmiers en cas de difficultés avec la prise en charge d'un toxicomane.

RECOURS	NOMBRE	%
Essaye de négocier	11	50
Appel à un psychologue	14	64
Pas le seul à avoir des problèmes...	20	90
Aide auprès de l'équipe	22	100
Aide auprès du surveillant	20	90
Aide auprès du médecin	22	100
Demande de supervision	9	41
Recherche de documentation	9	41

Tableau N°5 « Les recours des soignants en cas de difficultés »

Les éléments forts de ce tableau sont la recherche d'aide auprès de l'équipe, du médecin du patient, ainsi que du surveillant. Ainsi les soignants ont conscience que le travail d'équipe et en collaboration est un atout majeur dans la prise en charge des patients toxicomanes. Ceci est confirmé par le fait que les soignants pensent ne pas être seuls à rencontrer des problèmes avec ce patient.

La supervision reste rare, peut être car elle n'est pas facilement disponible, comme le psychologue dans les services de soins généraux.

Peu de soignants recherchent de la documentation : Manque de temps ? Pensent que ce n'est pas la théorie qui peut les aider ?

Les avis sur la négociation sont partagés puisque 50 % des soignants la tentent...

Comme autre recours certains proposent l'appel à un centre spécialisé pour obtenir information et aide, d'autre se renseignent sur la relation d'aide, certains essayent de fixer des objectifs plus réalistes.

2-2-7 La relation avec un patient toxicomane : peur ou angoisse ?

Sur les 21 réponses, 12 personnes (58 %) pensent que c'est la peur qui domine, contre 9 (42 %) l'angoisse.

Ainsi plus de la moitié des personnes interrogées identifie la cause de leur mal être dans la relation avec le toxicomane, pour les autres cette cause reste plus vague.

La peur est donc très présente dans cette relation et les soignants savent en identifier les causes (cf §2-2-3).

2-2-8 Degré de stress dans la relation

Cette question permet de quantifier le degré de stress ressenti en plaçant un point sur une flèche de 10 cm de long, entre la sérénité et un degré de stress intense.

La moyenne des mesures place le point à 4.6cm de l'extrémité « sérénité » de la flèche.

Ainsi on peut dire que les soignants éprouvent un stress moyen lors de leurs contacts avec un patient toxicomane.

On peut seulement constater que cette relation est tout de même génératrice d'un stress, même si celui-ci n'est pas intense.

2-2-9 Niveau de connaissance

Seules 2 personnes interrogées sur 22 estiment leur formation suffisante pour travailler en relation avec un patient toxicomane.

17 personnes pensent que ce manque de connaissance peut expliquer les difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des patients toxicomanes.

Ainsi on voit bien que les soignants ne se sentent pas assez préparés à prendre en charge des patients toxicomanes.

Les à priori et représentations négatives peuvent en découler, tout au moins le mal être dans la relation avec le patient toxicomane. De plus, l'inconnu fait peur... or 77% des soignants reconnaissent mal connaître les patients toxicomanes.

2-2-10 Propositions

A la question « Quel type d'action selon vous pourrait entraîner une amélioration de cette prise en charge », les réponses proposées par les infirmiers interrogés sont le plus souvent en lien avec une demande de formation ou d'information, on propose également un resserrement des liens à l'intérieur de l'équipe infirmière et avec l'équipe médicale. Une demande concernant la gestion médicamenteuse du patient est également formulée.

Concernant la demande de formation ou d'information, plusieurs modalités sont proposées, allant de la réunion d'information de service à la réalisation de stages de formation dans des services spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes.

Les objectifs avancés sont une meilleure connaissance des patients toxicomanes pour une meilleure prise en charge ainsi que la diminution des craintes et des peurs qu'ils engendrent chez les soignants qui doivent les prendre en charge.

Ces propositions viennent donc renforcer la validation de l'hypothèse de départ en confirmant l'idée qu'une meilleure connaissance en matière de toxicomanie et de prise en charge des patients toxicomanes peut en augmentant le sentiment de sécurité des soignants permettre une meilleure prise en charge de ces patients durant la durée de leur hospitalisation pour une pathologie indépendante de leur toxicomanie, dans des services de soins généraux.

2-3 : Questions portant sur l'intérêt suscité par cette enquête

2-3-1 Intérêt suscité par l'enquête

La moyenne des notes données sur une échelle de 1 à 10 est de 6.77, 1 représentant aucun intérêt et 10 un intérêt maximal, cette note étant située dans le tiers supérieur de la fourchette de notation on peut estimer que cette enquête a retenu l'attention des personnes qui y ont participé. Ce résultat est confirmé par les bons taux de réponse aux questionnaires obtenus (67.5 % à la pré-enquête et 62.9 % à l'enquête).

2-3-2 Réflexions suscitées chez les soignants

17 soignants sur les 22 ayant répondu (77 %) estiment que cette enquête les a amenés à réfléchir sur la manière dont ils prenaient en charge les patients toxicomanes.

Ce résultat montre la capacité de remise en question des soignants concernant ces problèmes de prise en charge des patients toxicomanes. Ce résultat élevé est pour moi aussi le signe que le deuxième objectif que je m'étais posé dans le cadre de la réalisation de cette étude est atteint : La sensibilisation des soignants des services testés à ce problème.

Les questionnaires d'enquête et de pré-enquête avaient ainsi pour objectif parallèle d'amener les soignants à s'interroger sur leurs représentations concernant les toxicomanes et de les amener à identifier les problèmes posés et à rechercher des

solutions permettant une bonne prise en charge dans des conditions optimale pour le patient comme pour eux.

2-4 Conclusions de l'enquête

L'analyse des réponses à ce questionnaire d'enquête montre bien l'omniprésence de la peur dans les relations qu'entretiennent les infirmiers avec les patients toxicomanes hospitalisés en services de soins généraux pour des pathologies indépendantes.

Les résultats montrent également la présence de nombreux préjugés et représentations négatives qu'ont les soignants envers ces patients ainsi que leur manque de connaissance dans le domaine de la prise en charge de ces patients.

L'hypothèse de départ : « *La qualité de prise en charge du patient toxicomane en service de soins généraux dépend du sentiment de sécurité du personnel soignant.* » est donc validée par les résultats de l'enquête.

Cette hypothèse couplée à la pré-hypothèse posée lors de la pré-enquête, « *Un manque de connaissance des infirmières en matière de toxicomanie entraîne des représentations négatives à l'égard des patients toxicomanes hospitalisés en services de soins généraux, et nuit à la qualité de leur prise en charge.* » permet de démontrer la relation existant entre manque de connaissance et représentation négative puis avec le sentiment d'insécurité et la diminution de la qualité de prise en charge du patient qui peut être schématisée de la façon suivante :

**Manque de connaissance → Représentations négatives → Sentiment d'insécurité
→ Baisse de la qualité de prise en charge.**

CHAPITRE 3

PROPOSITIONS D' ACTIONS

La première action a été réalisée pendant toute la durée de l'enquête et de la pré-enquête en amenant les soignants qui y ont participé (et également ceux qui n'y ont pas participé mais qui auront pu en discuter avec leurs collègues) à réfléchir sur leurs positions et sur les problèmes posés par les patients toxicomanes accueillis dans leurs services.

Les attentes en matière d'information et de formation quant à la gestion de la prise en charge de ces patients ont pu être formulées, même si pour beaucoup de soignants il ne s'agit pas de leur priorité principale.

Ainsi il semble que l'information soit un objectif plus réaliste que la formation, cette deuxième nécessitant des moyens financiers plus importants.

D'autre part, on sait que pour qu'une formation soit efficace il faut un investissement de la personne en formation alors que l'information, plus accessible et moins contraignante permet une bonne sensibilisation et dispense des informations auxquelles on pourra se reporter plus tard au moment où elles seront nécessaires.

Ainsi, je pense que la réalisation d'une plaquette facilement accessible et disponible dans les services à destination des infirmiers, rassemblant les coordonnées des organismes et structures locales de prise en charge des toxicomanes et d'information à destination des soignants permettrait, au moment opportun de pouvoir trouver une aide ponctuelle en cas de difficulté avec un patient et de pouvoir, si celui ci est en demande, verbalisée ou non, l'orienter vers un organisme de prise en charge adapté.

Cette trace écrite présente dans les services permettrait également au personnel d'avoir présent à l'esprit, non pas en permanence mais au moment opportun, qu'il peut exister des solutions à une difficulté de prise en charge d'un patient toxicomane et qu'il relève du rôle du personnel infirmier de conseiller et d'orienter ces patients si ceux ci en font la demande.

Une maquette de dépliant d'information est proposée en annexe 6.

BIBLIOGRAPHIE :

REVUES :

- Soins, n° 587/588, août – septembre 1994
- Soins, n° 612, janvier – février 1997
- L'infirmière magazine, n° 107, juillet – août 1996
- Santé mentale, n° 29, juin 1998
- Soins psychiatriques, n° 156, octobre 1993
- Impact médecin, n° 210, octobre 1993
- Toxicomanie, Hépatites, Sida-La Revue, n°1, 1^{er} trimestre 1999
- Toxicomanie, Hépatites, Sida-La Revue, n°2, juin 1999

MANUELS :

- Psychiatrie et soins infirmiers, module n°5, Editions Lamarre, A.M. Garnier, M. Mitriot...
- Comprendre les cas concrets en psychiatrie, Editions heures de France, J. Prouff
- Psychiatrie et soins infirmiers, Editions Maloine, M. Hanus, V. Marchal, 97

AUTRES PUBLICATIONS :

- Rapport CNRS « La prise en charge des toxicomanes », P. Mosse, mars 1997
- « la demande sociale de drogues », Drogues et toxicomanies, La documentation française, délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, A. Ogien, P. Mignon
- Baromètre santé jeune 1997-1998, éducation pour la santé, éditions du Comité français d'éducation pour la santé
- Echange, n°81, mars 1996, La documentation française, Ministère du travail et des affaires sociales.

SITES INTERNET :

- Site de la Mission Interministérielle de Lutte contre la drogue et la Toxicomanie : <http://www.drogues.gouv.fr>
Où on trouve le rapport de l'observatoire français des drogues et toxicomanies ainsi que le plan triennal gouvernemental de lutte contre la drogue.
- Site de banque de données en santé publique : <http://www.bdsp.tm.fr>

ANNEXES

ANNEXE 3 : LOI DU 31 DECEMBRE 1970

« ...L'USAGE :

L'usage de produit stupéfiant est puni par la loi d'une peine de prison de deux mois et/ou d'une amende de 500 à 5000 francs.

L'autorité judiciaire a également la possibilité d'enjoindre l'usager de stupéfiant de se faire soigner par le biais d'une cure de désintoxication ou d'une simple surveillance médicale.

La DDASS qui a reçu le signalement d'un toxicomane doit faire procéder à une enquête sur la vie familiale, sociale et professionnelle de l'individu afin « d'informer l'autorité judiciaire de la situation médicale et sociale de l'individu ».

Le toxicomane est tenu d'adresser à la DDASS un certificat médical précisant : le nom de l'établissement, le nom du médecin, la durée des soins et les modalités de prise en charge (temps plein, temps partiel, soins en ambulatoire). Un certificat doit également être fourni à la fin des soins.

L'acceptation des soins empêche l'autorité judiciaire d'agir pénalement pour l'usage de stupéfiants si la cure est menée à terme.

Les poursuites peuvent être maintenues pour des actes de nuisance liés à l'usage de stupéfiants (vol, agression, etc...).

Dans l'hypothèse où le malade interrompt ses soins, le directeur de l'établissement ou le médecin responsable doit en informer immédiatement la DDASS qui préviendra à son tour l'autorité judiciaire qui pourra engager des poursuites.

Le texte prévoit également des mesures sanitaires.

Le toxicomane peut être lui-même demandeur de soins. Cette situation lui donne la possibilité d'être soigné anonymement (hospitalisation sous « x ») et lui confère la gratuité des soins (pris en charge par la DDASS).

Le toxicomane peut demander un certificat médical à la fin de la prise en charge.

Ce certificat lui permet d'éviter des poursuites pour usage illicite de produits toxiques. Le certificat devra préciser le nom de la personne, la date, la durée, le lieu de prise en charge et la raison du traitement. Le certificat ne pourra être présenté comme faire valoir qu'une seule fois.... »

ANNEXE 4 : Questionnaire de pré-enquête

Elève IDE 3ème année, j'ai choisi pour sujet de Travail Ecrit de Fin d'Etudes le Thème "**Représentations infirmières et toxicomanie**".

Dans le cadre de cette étude, j'ai besoin de votre aide : Merci de bien vouloir consacrer quelques minutes à remplir ce questionnaire de pré-enquête, dont les résultats seront traités de manière anonyme. Merci de remettre dès que possible ce questionnaire complété à la personne responsable de votre service.

Tout d'abord quelques renseignements généraux sur vous :

-Quel est votre age ?

-En quelle année avez vous obtenu votre diplôme d'infirmier(e) ?

-Combien d'années avez-vous exercé ?

-Avez vous, au cours de votre carrière, travaillé en secteur psychiatrique ?

Le questionnaire :

1- Avez-vous déjà eu à prendre en charge, pour une pathologie annexe, un patient toxicomane ?

oui - non

2- Selon vous, cette prise en charge présente t'elle des points spécifiques par rapport à celle d'un patient non-toxicomane ?

oui - non

Si oui, citez ces points :

-
-
-
-
-

3- Citez 5 produits communément utilisés par les toxicomanes :

-
-
-
-
-

4- Donnez des synonymes au mot "Toxicomane" :

-
-

5- Quelles solutions thérapeutiques connaissez-vous pour la prise en charge des toxicomanes ?

6- En une phrase, expliquez la loi du 31 décembre 1970 relative à la Toxicomanie.

7- Selon vous quelles sont les réactions sociales les plus fréquentes face aux toxicomanes :

-
-
-

8- Selon vous existe t-il des spécificités quant à la prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes, si oui lesquelles ?

9- Citez un organisme montpelliérain ou National vers lequel vous pourriez adresser un patient toxicomane désirant une prise en charge spécifique ou un accompagnement :

10- Pensez-vous que vos connaissances en matière de toxicomanie soient suffisantes pour permettre la prise en charge globale d'un patient toxicomane hospitalisé en service de soins généraux pour une pathologie annexe ?

Oui - non.

Ce questionnaire de pré-enquête est maintenant terminé.
Merci de m'avoir consacré quelques instants pour y répondre.
Je vous solliciterai à nouveau dans un délai de 15 jours pour un questionnaire permettant d'affiner mon étude, je vous remercie par avance de l'accueil que vous lui réserverez.

**F.SEGURA, élève IDE.
IFSI Hospitalisation Privée Montpellier.**

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Elève IDE 3^{ème} année, j'ai choisi pour sujet de Travail Ecrit de Fin d'Etudes le thème :

« **Représentations infirmières et toxicomanie** ».

Vous avez peut-être déjà répondu au questionnaire de pré-enquête que j'ai fait circuler dans votre service et je vous en remercie.

Ce questionnaire a pour but d'affiner l'étude, je vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien y accorder. Il se compose de 10 questions et ne devrait pas prendre plus de 5mn de votre temps.

Vos réponses seront traitées de manière anonyme.

Merci de remettre dès que possible ce questionnaire complété à la personne responsable de votre service, et au plus tard le **17 mars 2000**.

1- Quels mots associez-vous aux patients toxicomanes ?

- | | |
|--------------------------|------------|
| - Agressif | oui – non* |
| - Violent | oui – non |
| - Dangereux : | |
| Pour vous | oui – non |
| Pour les autres patients | oui – non |
| - Manipulateur / menteur | oui – non |
| - Voleur | oui – non |
| - Opposant aux soins | oui – non |

2- Avez-vous déjà cherché à éviter le contact avec un toxicomane :

- | | |
|----------------------------------|------------|
| Dans votre travail : | oui – non* |
| Hors du cadre de votre travail : | oui – non |

3- Si vous deviez avoir peur d'un toxicomane, selon vous quelle pourrait être l'origine de cette peur ?

- | | |
|---|------------|
| - peur pour votre sécurité physique | oui – non* |
| - peur pour vos effets personnels | oui – non |
| - peur de ne pas pouvoir répondre à ses attentes | oui – non |
| - peur de ne pas pouvoir maîtriser un sentiment
de rejet | oui – non |
| - peur d'être manipulé | oui – non |
| - peur de vous trouver seul face à lui (sans appui) | oui – non |
| - peur de ne pas pouvoir masquer votre peur | oui – non |
| - autre raison, laquelle : | |

*:entourez votre réponse

9- Selon vous, votre formation est-elle suffisante pour travailler en relation avec des toxicomanes :

Oui – non*

Si vous avez répondu non, pensez-vous que ce manque de connaissance puisse expliquer d'éventuelles difficultés à prendre en charge des patients toxicomanes

Oui – non*

Si non, quelle peut en être la cause selon vous ?

10- Satisfaction sur cette enquête :

Cotez de 1 à 10 l'intérêt que vous avez trouvé à participer à cette enquête, 1 signifiant aucun intérêt, 10 un intérêt maximal, entourez votre réponse :

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -10

Cette enquête vous a t'elle amené à réfléchir sur la façon dont vous prenez en charge les patients toxicomanes : oui – non*

Quel type d'action selon vous pourrait entraîner une amélioration de cette prise en charge :

Ce questionnaire est maintenant terminé.

Je vous remercie sincèrement de l'aide précieuse que vous m'avez apporté en voulant bien y répondre.

**Fabrice SEGURA,
Elève IDE IFSI Hospitalisation Privée, Montpellier**

*:entourez votre réponse

** :cochez la case correspondant à votre réponse

Travail Ecrit de Fin D'Etude

REPRESENTATIONS INFIRMIERES ET TOXICOMANIE

**Fabrice SEGURA Promotion 1997-2000,
Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Hospitalisation Privée de
Montpellier, 2000**