

IFSI DE L'EURE
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL EURE-SEINE
29, rue du Dr Baudoux
27000 Evreux

PARIS PIERRE

Promotion septembre 2005 novembre 2008



Papaver Somniferum

MORPHINE

OU

« MORT FINE »

Diplôme d'Etat novembre 2008

NOTE AUX LECTEURS :

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'un cursus de formation en soins infirmiers à l'IFSI de l'Eure, il n'engage que son auteur et ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de la directrice de l'IFSI. »

IFSI DE L'EURE
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL EURE-SEINE
29, rue du Dr Baudoux
27000 Evreux

PARIS PIERRE

Promotion septembre 2005 novembre 2008

MORPHINE
OU
« MORT FINE »

Diplôme d'Etat novembre 2008

REMERCIEMENTS

Merci aux professionnels de m'avoir accordé du temps pour mes entretiens.

Merci à Véronique, ma guidante pour son aide et ses conseils.

Merci à Mickaël et à mes parents pour leur soutien et leur patience pendant ces long mois de TEFE.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION.....	PAGE 1
SITUATION D'APPEL 1.....	PAGE 2
SITUATION D'APPEL 2.....	PAGE 2
SITUATION D'APPEL 3.....	PAGE 2
CONSTAT.....	PAGE 2
QUESTIONS PROFANES	PAGE 3
QUESTION DE DEPART	PAGE 3
I. REPRESENTATION DE LA DOULEUR.....	PAGE 4
1. Définitions de la représentation et de la douleur	PAGE 4
a. Représentation.....	PAGE 4
b. Douleur.....	PAGE 4
2. Représentation de la douleur par la personne soignée	PAGE 5
3. Représentation de la douleur par le soignant.....	PAGE 6
a. Droit et devoir.....	PAGE 7
b. Formation.....	PAGE 8
c. Prescription médicale « Si Besoin » ou prescription anticipée.....	PAGE 8
II. REPRESENTATION DE LA MORPHINE.....	PAGE 9
1. Historique de la morphine.....	PAGE 9
2. La morphine, antalgique central puissant (pallier III).....	PAGE 10
3. Le mythe de la morphine pour le patient.....	PAGE 10
4. Le mythe de la morphine pour le soignant.....	PAGE 11
a. Représentation de la tache.....	PAGE 11
b. Résistance au changement.....	PAGE 12
III. SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	PAGE 12
IV. ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	PAGE 13
1. Choix de la méthode et de la population.....	PAGE 13
2. Entretiens.....	PAGE 14
V. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	PAGE 16
VI. CONFRONTATION.....	PAGE 17
PROBLÉMATIQUE.....	PAGE 18
CONCLUSION.....	PAGE 19
BIBLIOGRAPHIE.....	PAGE 20
ANNEXE I	
ANNEXE II	
ANNEXE III	
ANNEXE IV	

INTRODUCTION :

Dans le cadre du travail écrit de fin d'études, je souhaite approfondir à la fois un sujet d'actualité mais aussi un thème transposable à tous les types de service afin de mieux appréhender ma future prise de fonction.

Pour le concevoir, il m'a fallu penser à différentes situations rencontrées lors de ma formation. Le thème le plus fréquemment évoqué était la prise en charge du patient algique et plus particulièrement les réticences de certains soignants ou soigné à dispenser ou à recevoir des prescriptions « si besoin » de morphine. La morphine, antalgique majeur, suscite encore beaucoup de représentations dans les esprits malgré plus d'un siècle de mise sur le marché thérapeutique.

Interpellé par cette dichotomie entre soulager à tout prix le patient algique et l'exécution d'une prescription perçue à risque il m'est apparu nécessaire de dépasser ce simple état de fait pour mieux appréhender la prise en charge de cette population spécifique, de m'interroger sur l'exercice de la profession infirmière.

Dans un premier temps je présenterai les situations relevées en stage, puis je délimiterai un cadre conceptuel en lien avec la question de départ.

Dans une seconde partie, réalisée par le biais d'outil d'investigation, sera abordée, pour finalement arriver à une confrontation entre données théoriques et pratiques. Cette confrontation, associée à une analyse me permettra alors la formulation de la question de recherche encore appelée problématique.

SITUATION D'APPEL 1 :

Dans un service de chirurgie, Mr X 35 ans a subi une intervention chirurgicale au genou. A son retour du bloc opératoire dans le service, Mr X m'interpelle pour se plaindre d'une douleur (sur le genou opéré). Je lui réponds que je vais aller voir avec l'infirmière comment faire pour soulager sa douleur.

J'explique à l'infirmière, qui était dans la salle de soin, que Mr X se plaint d'avoir mal. Sans même regarder le dossier de Mr X elle me répond qu'il a eu de la morphine au bloc.

Suite à cette réponse, je suis allé regarder les prescriptions de Mr X et je m'aperçois qu'il a de la morphine prescrite si besoin. Je retourne donc voir l'infirmière, elle me répond qu'il en a déjà eu au bloc. En consultant la feuille de surveillance de l'intervention, j'ai pu constater que Mr X avait bien reçu une injection de morphine 4 heures auparavant au moment de l'anesthésie.

Finalement c'est une autre infirmière qui a appliqué la prescription 1 heure après que Mr X se soit plaint de sa douleur.

SITUATION D'APPEL 2 :

Dans un service de médecine, Mr Y 72 ans atteint d'un cancer du poumon se plaint régulièrement de douleur malgré le patch de Durogésic®.

Lors de la visite, le médecin du service prescrit à Mr Y des injections de morphine sous-cutanée si besoin.

Suite à cette prescription, certaines infirmières de l'équipe administrent la morphine quand Mr Y se plaint de douleurs et d'autres ne l'appliquent pas car il a un patch de Durogésic® et n'évaluent même pas l'intensité de la douleur dont se plaint Mr Y.

SITUATION D'APPEL 3 :

Dans un service de chirurgie, les infirmières appliquent de façon systématique les prescriptions « si besoin » d'antalgiques telles que le Perfalgan®, le Dafalgan®, l'Efferalgan® ou l'Efferalgan Codéiné® sans évaluation préalable de la douleur. En revanche, elles n'appliquent pas les prescriptions « si besoin » de morphine quelque soit le dosage et sans évaluer la douleur ressentie par les patients qu'elles surveillent à leurs retours de bloc.

CONSTAT :

A partir de ces 3 situations, je constate que les infirmières à l'hôpital n'appliquent pas toujours les prescriptions de morphine quand celles-ci sont prescrites « si besoin », alors qu'elles appliquent de façon systématique les prescriptions « si besoin » d'autres antalgiques.

QUESTIONS PROFANES :

- Quelles sont les causes de la non application des prescriptions « si besoin » ?
- Les représentations religieuses en rapport avec le rôle de la douleur et les a priori de la morphine sont ils à l'origine de la non application des prescriptions « si besoin » ?
- La perception du rôle des Infirmières Anesthésistes Diplômées d'Etat (IADE) par les Infirmières Diplômées d'Etat est elle une raison de non application des prescriptions « si besoin » ?
- Quelles sont les conséquences de la non-application des prescriptions « si besoin » ?
- Les contrôles liés à l'utilisation de la morphine et la peur de commettre une erreur ont-ils une place dans la non-application des prescriptions « si besoin » ?
- Le manque de connaissances des soignants est il la raison de la non-application des prescriptions « si besoin » ?

QUESTION DE DEPART :

En quoi, les représentations de la morphine des soignants, peuvent elles influencer l'application des prescriptions « si besoin » ?

I. LA REPRESENTATION DE LA DOULEUR :

1. Définitions de la représentation et de la douleur :

a. Représentation :

D'après le Petit Larousse, le nom *représentation* vient du verbe *représenter*, du latin *repraesentare*. Il signifie « rendre présent, rendre perceptible, rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole ou d'un signe ».

En sciences humaines, Serge MOSCOVICI¹ définit les représentations comme des théories du savoir commun et des sciences populaires qui se diffusent dans la société.

D'après Denise JODELET la représentation « *est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* »²

b. Douleur :

Dans le Petit Larousse, le nom *douleur*, du latin *dolor*, se définit comme « une sensation pénible, désagréable ressentie dans une partie du corps » et aussi comme « un sentiment pénible, une souffrance morale ».

En revanche, le Larousse médical décrit « la douleur comme un signal d'alarme qui informe l'organisme de la présence d'un désordre susceptible de lui nuire. Aussi il est précisé qu'il n'existe pas une douleur, mais plusieurs types de douleurs selon la durée d'évolution, le mécanisme, la localisation, l'intensité, l'origine, les répercussions physiques, psychologiques et sociales ».

La douleur est définie par L'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (I.A.S.P³) comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en termes de telles lésions. Cette définition tient compte de la composante émotionnelle de la douleur et ne se limite pas à la simple notion de perception d'une sensation. Cela souligne le caractère subjectif de la perception douloureuse qui est modulée par le contexte dans lequel elle intervient, sa signification, les expériences antérieures, la culture et l'état psychologique du sujet.

A ces définitions il faut ajouter qu'il existe deux types de douleurs, la douleur aiguë et la douleur chronique.

La douleur aiguë est considérée comme un signal d'alarme qui indique que le corps ne va pas bien. Elle est aussi un symptôme qui aide à poser le diagnostic d'une pathologie, qui disparaît une fois le traitement approprié est mis en place. La durée de cette douleur dans le temps n'est pas utile et peut être néfaste pour le patient. Ce type de douleur est parfois prévisible, par exemple lors de gestes invasifs, elle doit donc être anticipée.

¹ Serge MOSCOVICI, directeur d'études à l'école des hautes études en sciences sociales.

² Denise JODELET, 1989, page 53

³ I.A.S.P, International Association for the Study of Pain, fondée en 1973.

La douleur chronique est une douleur qui évolue et dure depuis 3 à 6 mois, elle envahit le langage, la vie quotidienne du patient et devient invalidante. Elle représente pour le patient l'essentiel de sa maladie et s'accompagne souvent de dépression.

2. Représentation de la douleur par la personne soignée :

Toute personne hospitalisée a des droits en rapports à son hospitalisation et ceux-ci leurs sont rappelés dans la charte de la personne hospitalisée⁴. Le deuxième chapitre de celle-ci informe les patients que tous les établissements de santé se doivent d'être attentifs au soulagement de la douleur.

Pour les patients, la présence constante de la douleur monopolise toute l'attention et l'énergie de la personne afin de soulager cette souffrance qui est perçue comme une partie du corps appelant au secours. Mais la réaction que l'on a face à la souffrance dépend du regard que l'on a face à la maladie.

En effet, la douleur n'a pas la même signification en fonction de la religion à laquelle nous appartenons.

Dans la culture judéo-chrétienne, la douleur est la conséquence de la désobéissance d'Adam et Eve à l'ordre Divin⁵, ainsi pour les pratiquants, la souffrance sur terre est perçue comme un moyen d'acheter son paradis. Pour les catholiques et les orthodoxes la douleur et la maladie conduisent au Salut.

Pour les protestants, le christ a vaincu la douleur et donc accompagne le patient au cours des épreuves qu'il traverse.

Dans la culture hindoue, la souffrance est la manifestation d'erreurs commises dans une vie antérieure, et le patient est comme habité par un fantôme.

L'Islam attribue la douleur à un mauvais génie et la création de toutes les maladies et leurs remèdes à Dieu et donc recommande aux croyants de suivre les conseils des médecins.

Au-delà de la symbolique religieuse, la douleur peut être considérée comme la punition d'une faute commise par les personnes athées : *« la douleur est une incisive figure du mal. Constant rappel de la fragilité de l'homme. (...) L'idée de la maladie méritée, de la souffrance venant punir la conduite réprouvée d'un individu est encore profondément enracinée dans les consciences contemporaines. »*⁶

Certains patients perçoivent la douleur comme un ennemi auquel ils doivent déclarer la guerre. Ils voient les médicaments comme des armes chimiques, la douleur comme une cible et les effets secondaires du traitement comme des pertes dans les deux camps. Selon Luc BIGE : *« une violence – la douleur- appelle une autre violence – le combat contre la douleur, afin que revienne la paix »*⁷.

Pour d'autres, la douleur est l'expression physique d'un problème inconscient de disharmonie entre la personne et son environnement social, familial ou professionnel. Ces douleurs sont les symptômes de pathologies psychosomatiques, et sont à prendre en compte comme des signaux d'alarmes de la souffrance psychique. Souvent il suffit de résoudre le conflit initial pour voir disparaître la douleur.

⁴ Charte de la personne hospitalisée. (Annexe I)

⁵ Approche anthropologique dans les soins infirmiers, cours du 27 mars 2006 par A.MERLEVEDE.

⁶ LE BRETON D, 1995, pages 104-105

⁷ BIGE L, Biochimiste et philosophe.

Enfin, la douleur peut être perçue comme « libératrice » des obligations et contraintes sociales par les bénéfices secondaires associés aux pathologies douloureuses, comme les arrêts de travail, l'attention portée par l'entourage ou par le corps médical⁸.

3. Représentation de la douleur par le soignant :

Selon Jean-Claude Abric, la représentation est « le produit et le processus d'une activité mentale par lequel un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique ». En effet l'infirmier en situation de soins va orienter sa prise en charge selon le sens qu'elle va lui attribuer. Ce sens qui sera issu de sa propre construction mentale de la douleur de l'autre. Ce sens donné est influencé par la connaissance d'une pathologie avec tout ce qu'elle peut véhiculer symboliquement « une longue et douloureuse maladie ». A la connaissance s'ajoute l'expérience professionnelle qui concourt à donner une signification à la douleur de l'autre. Cette représentation de la douleur peut orienter l'infirmier dans sa prise en charge de la douleur.

La douleur n'est pas considérée, ni prise en charge de la même manière selon les cultures. Chaque peuple a sa propre conception de la douleur et cette notion s'applique aussi bien aux personnes soignées qu'aux valeurs des soignants. En effet, *« ce ne sont pas seulement les malades qui intègrent leur douleur dans leur vision du monde, mais également les médecins et les infirmières qui projettent leurs valeurs, et souvent leurs préjugés, sur ce que vivent les patients dont ils ont la charge »*.⁹

Les équipes soignantes sont tous les jours confrontées à la douleur de leurs patients, et disposent de nombreux outils pour évaluer celle-ci. En effet, plusieurs échelles unidimensionnelles permettent d'évaluer la douleur et de mesurer l'efficacité des traitements mis en place. L'échelle numérique (E.N) permet à la personne de noter sa douleur de 0 à 10, l'échelle verbale simple (E.V.S) est composée qualificatifs allant de « pas de douleur à douleur extrêmement intense » et l'échelle visuelle analogique (E.V.A) se présente sous la forme d'une règle munie d'un curseur que le patient déplace de gauche à droite selon l'intensité de la douleur ressentie.

Malgré l'existence de ces outils, il reste essentiel de croire le patient qui exprime sa douleur de façon verbale ou non.

Mais l'utilisation de ces outils ne doit pas rester un acte individuel, il doit s'inscrire dans un projet d'équipe afin d'optimiser son efficacité. Donc il est important de rappeler que la prise en charge de la douleur est efficace uniquement dans un contexte pluridisciplinaire. Le recueil d'informations fait par les infirmiers et les aides soignants, en complément de l'entretien médical, permet au médecin d'orienter la prescription du traitement et d'en évaluer l'efficacité.

Afin d'obtenir les informations nécessaires à cette prise en charge, il est indispensable qu'un rapport de confiance s'installe entre les soignants et la personne soignée. Cette confiance s'inscrit dans la relation d'aide. Aussi il est important de prendre en charge le patient individuellement et de ne pas s'arrêter à la douleur connue en rapport avec la pathologie. De ce fait, la prise en charge de la douleur reste en majeure partie subjective et individualisée tout d'abord par la personnalité du patient, son rapport à la douleur et les relations qu'il entretient avec la personne qui le soigne, et ensuite par le jugement que le praticien, qu'il soit médecin ou infirmier, porte sur les différentes solutions médicamenteuses possibles.

⁸ Anthropologie de la maladie, cours du 12 avril 2006 par Mlle DUMONT.

⁹ LE BRETON D, 1995, page 136.

Enfin, si l'équipe soignante n'arrive pas à soulager la douleur malgré les moyens mis en œuvre, elle se retrouve face à un sentiment d'échec qui risque de lui faire perdre l'envie de chercher de nouveaux moyens efficaces.

a. Droit et devoir :

L'évaluation de la douleur du patient, ainsi que l'évaluation de l'efficacité d'un traitement mis en place par un médecin, relèvent du rôle propre de l'infirmière :

Article R.4311-2 du décret du 29 juillet 2004 : « *habilite l'infirmier à participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur* »¹⁰

Article R.4311-3¹¹ du décret du 29 juillet 2004 : « *relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.* »

Article R.4311-5¹² du décret du 29 juillet 2004 : « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :*

19° : *recueil des observations de toutes natures susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température [...] évaluation de la douleur.* »

L'administration de médicaments à visée antalgique dépend du rôle sur prescription de l'infirmière :

Article R.4311-7¹³ du décret du 29 juillet 2004 : « *l'infirmière est habilitée à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :*

1° : *scarifications, injections et perfusions autres que celle mentionnées au deuxième alinéa de l'article R.4311-9, instillations et pulvérisations.*

6° : *administration de médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R.4311-6.* »

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur :

Article R.4311-8¹⁴ du décret du 29 juillet 2004 : « *l'infirmière est habilitée à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.* »

¹⁰ Code de la santé publique. (Annexe II)

¹¹ Code de la santé publique. (Annexe II)

¹² Code de la santé publique. (Annexe II)

¹³ Code de la santé publique. (Annexe II)

¹⁴ Code de la santé publique. (Annexe II)

En 2006, un nouveau plan quadriennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur a été mis en place par Xavier Bertrand. Il succède au plan de lutte 2002-2005 et au plan instauré par Bernard Kouchner en 1998. Les priorités pour 2006-2010 sont au nombre de quatre :

- améliorer la prise en charge des douleurs [...] des personnes âgées
- améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels
- améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité
- structurer la filière de soins de la douleur, en particulier celle de la prise en charge des douleurs chroniques dites « rebelles », pour rendre plus efficace le dispositif.

b. Formation :

Au cours de la formation initiale des infirmiers, la douleur aiguë est expliquée dans le cadre du module d'Orthopédie et Traumatologie et la prise en charge de la douleur chronique dans le module d'Hématopathies et Cancers. Ces enseignements représentent 5 à 10 heures sur l'intégralité de la formation.

La douleur est abordée dans la sémiologie de tous les autres modules et la douleur de l'enfant n'est pas au programme.

La formation des infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation a pour but l'acquisition des connaissances théoriques et cliniques nécessaires à la pratique infirmière au cours des différentes anesthésies. Cette formation, offerte aux infirmières diplômées d'Etat, après 2 années d'exercice consécutives, dure 24 mois et comprends 700 heures d'enseignements théoriques comprenant des cours d'anatomie et physiologie, des cours de pharmacologie et 70 semaines de stages pratiques. En fin de formation, l'élève est capable de participer avec le médecin anesthésiste-réanimateur aux anesthésies, aux situations de réanimation, au traitement de la douleur et aux situations d'urgences.

c. La prescription médicale « si besoin » ou prescription anticipée :

La prescription médicale « si besoin » ou prescription anticipée, se définit comme une prescription médicale, c'est-à-dire comme une recommandation thérapeutique consignée sur une ordonnance faite par un médecin et répond à des critères normatifs.

Selon l'article R-5194 du code de la santé publique : « *Toute ordonnance comportant une prescription de médicaments doit être rédigée après examen du malade et indiquer lisiblement :*

1°) *le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification ou le titre du prescripteur, son adresse, sa signature et la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée ;*

2°) *la dénomination du médicament ou du produit prescrit, sa posologie et son mode d'emploi.*

3°) *la quantité prescrite ou la durée du traitement et, éventuellement, le nombre de renouvellement.*

En outre, elle mentionne :

Lorsqu'elle est destinée à la médecine humaine, les nom et prénoms, le sexe et l'âge du malade »¹⁵.

Cet article inclus aussi les recommandations destinées à l'exécutant de cette prescription, soit l'infirmier.

« Le médecin a l'obligation de rédiger une prescription conforme aux normes qualitatives et quantitatives. La prescription doit être nominative, claire, lisible et rédigée de façon à éviter tout risque d'erreur.

Quant à l'exécutant de la prescription (soit l'infirmier), il a l'obligation de vérifier la conformité de la prescription, que les doses prescrites correspondent bien aux normes habituelles. En effet, le rôle de l'infirmier est de vérifier que les doses prescrites ne constituent pas un danger pour le patient. Il lui appartient d'alerter le médecin en lui signalant les observations qu'il a été amené à faire en vue de recevoir de nouvelles instructions »¹⁶.

La notion de prescription anticipée date du 30 avril 2002 et s'inscrit dans le programme national de lutte contre la douleur 2002-2005. Elle concerne un malade identifié individuellement dont on peut supposer que son état, les soins qu'il a reçus ou ceux qu'il est susceptible de recevoir vont provoquer des douleurs aiguës. Le médecin peut alors, en connaissance de cause et selon certains critères prescrire un traitement antalgique curatif ou préventif que l'infirmier pourra mettre en œuvre si cela est nécessaire

II. LA REPRESENTATION DE LA MORPHINE :

1. Historique de la morphine :

La morphine, du grec morpheus (dieu du sommeil et des rêves), issue du *Papaver Somniferum* (pavot somnifère), a été découverte en 1804 par Séguin et Courtois, ainsi que par Charles Derosne. Mais c'est à l'allemand Friedrich Wilhelm Sertürner que revient le mérite de la découverte, car ses travaux lui ont permis de mettre en évidence que la substance cristallisée était un alcaloïde.

En 1850, avec l'invention de la seringue à aiguille creuse, l'injection intraveineuse de morphine devient le premier médicament réellement puissant contre la douleur.

Dès 1871, apparaissent les premières descriptions de morphinomanie, d'autant plus que la morphine est en vente libre. Son utilisation comme drogue est très en vogue dans l'aristocratie jusqu'au début du XX^{ème} siècle.

C'est en 1906, avec les mesures prises par l'*Opium Act*, interdisant la production, le commerce, la détention et l'usage des drogues d'opium et ses dérivés aux Etats Unis. Suite à cela à eu lieu la première convention internationale de l'opium qui régleme l'usage des stupéfiants et plus spécifiquement la morphine, et sert de base aux lois anti-droque mondiale jusqu'à nos jours.

En 1952, la synthèse chimique de la morphine est découverte mais est peu utilisée car plus couteuse que l'extraction de l'opium à partir du pavot.

Il faut attendre 1970, pour que l'utilisation de la morphine se développe dans la prise en charge de la douleur, suite aux réclamations des infirmières à l'écoute des patients.

¹⁵ Code de la santé publique.

¹⁶ Article 34 du code de déontologie médicale rappelant l'article R-5194 du code de la santé publique.

En 1973, des chercheurs suédois et américains mettent en évidence les récepteurs spécifiques aux opioïdes au niveau du système nerveux central.

Depuis les années 90, les recherches ont permis les progrès dans l'adaptation des doses aux besoins du patient, et dans les voies d'administrations.

2. La morphine, antalgique central puissant (palier III) :

Depuis longtemps, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) classe les antalgiques en paliers (de I à III) selon leurs forces et leurs réponses à l'intensité de la douleur.

Le palier I répond à une douleur peu intense, de 1 à 4 sur l'échelle visuelle analogique (E.V.A), la molécule de référence de ce palier est le paracétamol.

Le palier II est divisé en deux sous paliers A et B, il concerne les douleurs plus intenses, de 4 à 8 sur l'E.V.A la molécule de référence pour le palier II A est la codéine. L'intensité de la douleur pour le palier II B est la même que précédemment mais résiste au traitement. La molécule de référence pour palier II B est le tramadol.

Enfin le palier III s'intéresse aux douleurs très intenses, au delà de 8 sur l'E.V.A et quand tous les autres médicaments ont échoués à soulager la douleur. La molécule de référence pour palier III est la morphine.

La morphine est un antalgique à effet central, car ses effets sont dus à son action d'activation dite agoniste des récepteurs opioïdes (récepteurs μ (mu), delta et kappa) qui sont situés au niveau de la moelle épinière et au niveau supra-médullaire. Les antalgiques opioïdes sont classés selon leur action au niveau des récepteurs opioïdes.

Les agonistes purs comme la morphine, vont directement se fixer sur les récepteurs opioïdes et reproduisent tous les effets de la morphine, ainsi en augmentant les doses, il est possible d'atteindre un effet maximal.

Les agonistes/antagonistes (ou agoniste partiel) ont une efficacité limitée car ils présentent un effet plafond même après augmentation des doses. Ils ne reproduisent pas tous les effets de la morphine et s'ils prennent la place d'un agoniste pur, ils en réduisent l'effet.

La naloxone, qui a une action antagoniste, se fixe sur les récepteurs opioïdes, mais ne l'active pas et empêche les agonistes d'agir. C'est donc l'antidote de la morphine en cas d'intoxication.

Si la réponse au traitement par morphinique reste insuffisante, le palier III est alors dit « dépassé ». Il devient alors indispensable d'avoir une consultation antidouleur spécialisée qui fait appel à des techniques variées telles que l'administration spécifique des morphiniques, les stimulations et la chirurgie de la douleur.

3. Le mythe de la morphine pour le patient :

Le manque d'informations et de connaissances font que les patients mis sous morphine s'arrêtent bien souvent aux idées reçues.

Les nombreux effets indésirables de la morphine, sont relativement bien connus de la population et ont tendance à faire peur aux patients. Cette connaissance des effets secondaires de la morphine est le résultat direct d'échanges entre les patients lors de discussions entre eux, ou sur les nombreux forums de discussions mis à disposition sur internet. Les effets secondaires principaux sont la dépression respiratoire pouvant conduire à l'apnée, la

constipation qui doit être anticipée par la prescription de laxatifs et les nausées et vomissements qui s'estompent généralement au cours du traitement, enfin la somnolence et la confusion sont souvent que transitoires, mais leurs persistance doit faire rechercher une cause associée.

Même s'ils reconnaissent que la morphine les a soulagés ils insistent surtout sur les perturbations ressentis.

Aussi, du fait de son utilisation comme stupéfiant peu après sa découverte, la morphine a gardé sa mauvaise réputation. En effet, de nombreux artistes populaires étaient accros aux fortes doses de morphine, la plus célèbre étant Edith PIAF. Aujourd'hui encore, la morphine reste associée aux autres opiacés tel que l'héroïne et la peur de la dépendance reste un frein dans son utilisation. Lors d'un traitement prolongé, il est vrai que l'organisme « s'habitue » à la molécule car le foie la dégrade plus rapidement. C'est pour cela que la dose doit être augmentée progressivement avec le temps dans le but de conserver le même effet. Aussi il est fréquent que l'évolution de la maladie entraîne de nouvelles douleurs résistantes à la prescription en cours, obligeant le médecin à prescrire un dosage plus élevé.

Cette augmentation renvoie au patient l'image du toxicomane ayant besoin de toujours plus. Mais la dépendance psychique et physique se produit seulement quand la morphine est utilisée à d'autres fins que de soulager la douleur intense.

Enfin, la morphine a longtemps été utilisée pour soulager les douleurs de la fin de vie, et donc pour le patient et aux yeux de son entourage, la morphine est la responsable du décès du patient et non la maladie, d'où le surnom de « Mort fine ». De ce fait quand un patient est mis sous morphine, son entourage et lui-même ont tendance à croire que la mort est proche et que l'on ne peut plus rien pour lui, alors que l'objectif du traitement est de soulager la douleur afin de permettre au patient de mourir dignement.

La peur de la morphine que les patients peuvent ressentir est souvent majorée par les équipes soignantes, et ce malgré elles, en véhiculant leurs propres angoisses.

4. Le mythe de la morphine pour le soignant :

a. Représentation de la tâche :

La prescription, la dispensation et l'administration de médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé sont légiférées par l'arrêté du 31 mars 1999 dans l'article L.595-1 du code de la santé publique.

Les médicaments classés comme stupéfiants font l'objet de dispositions particulières.

Article 18 de l'arrêté du 31 mars 1999 : « *L'administration de tout médicament classé comme stupéfiant ou soumis à la réglementation des stupéfiants fait l'objet d'une transcription sur un document spécial ou sur le document de prescription mentionné à l'article 3 des données suivantes :*

- *le nom de l'établissement ;*
- *la désignation de l'unité de soins ;*
- *la date et l'heure de l'administration ;*
- *les nom et prénom du malade ;*
- *la dénomination du médicament et sa forme pharmaceutique ;*
- *la dose administrée ;*

- l'identification du prescripteur ;

- l'identification de la personne ayant procédé à l'administration et sa signature.

Les relevés d'administration sont datés et signés par le médecin responsable de l'unité de soins et adressés à la pharmacie qui les conserve pendant trois ans. Ils peuvent être effectués de manière informatisée sous réserve qu'ils soient identifiés et authentifiés par des signatures électroniques et que leur édition sur papier soit possible »¹⁷.

Article 21 de l'arrêté du 31 mars 1999 : « *Dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement prévus à l'article 9, les stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Des mesures particulières de sécurité contre toute effraction sont prévues »¹⁸.*

Aux regards de ces dispositions, il est plus « facile » pour les infirmiers de dispenser des antalgiques d'autres paliers, plutôt que des morphiniques.

b. Résistance aux changements :

La prise en charge de la douleur s'inscrit dans une dynamique d'équipe, elle nécessite une réflexion collective et individuelle. Cette réflexion permet à l'infirmier de se poser des questions et de remettre en cause sa pratique au quotidien. Or, l'absence de cette remise en cause personnelle peut expliquer certaines réticences à voir les pratiques changer. Aussi il est indispensable que l'évaluation de la douleur, les actions infirmières et l'évaluation des résultats apparaissent clairement dans les dossiers de soins afin que les médecins puissent prescrire les antalgiques les plus adaptés à la situation.

En effet, pour pouvoir changer les pratiques, il faut arriver à connaître la réalité du terrain et ne pas se contenter de la théorie, pour ce fait les pratiques doivent être évaluées rigoureusement et le changement préparé dans le détail avec la participation des intéressés pour éviter le rejet du projet. C'est pour cela que la communication entre tous les membres de l'équipe est primordiale.

III SYNTHÈSE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE :

A l'issue de cette recherche documentaire nous pouvons constater que la douleur se définit de plusieurs façons et qu'elles n'ont pas la même fonction selon qu'elle soit aiguë ou chronique. Aussi elle n'est pas perçue de la même façon par tout le monde, ce qui renforce son caractère subjectif. Les croyances et les valeurs de chaque individu font que la douleur n'a pas le même sens selon les différentes religions et les diverses cultures, c'est donc pour cela que les soignants doivent mettre de côté leurs propres conceptions de la douleur pour prendre en charge leurs patients d'une manière personnalisée. Dans l'objectif de pallier à la subjectivité de la douleur, de nombreux outils d'évaluation ont été développés pour permettre de quantifier la douleur sur une échelle compréhensible par tous les acteurs de soins, sous-entendu que la décision du choix de l'outil utilisé s'inscrit dans une dynamique d'équipe.

¹⁷ Code de la santé publique. (Annexe III)

¹⁸ Code de la santé publique. (Annexe III)

Malgré ces diverses perceptions, la douleur reste pour tous une expérience désagréable et invalidante, entraînant une obligation pour les centres de soins quels qu'ils soient de la soulager. Pour faciliter cette action la mise en place d'un plan gouvernemental donne les directives à suivre.

Cette obligation s'applique aussi au personnel infirmier à travers le Code de la santé publique relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. En revanche la formation initiale de ceux-ci survole la prise en charge de la douleur en un temps restreint. Par contre, au cours de la formation post-diplôme d'état en anesthésie et réanimation, ce sujet est approfondi et permet aux infirmiers d'acquérir des connaissances sur le traitement de la douleur.

Enfin depuis 2002, la mise en place des prescriptions anticipées ou « si besoin » permet aux médecins de mettre en place un traitement antalgique en prévision de l'évolution de l'état de son patient. Il sera alors du rôle de l'infirmier d'évaluer la nécessité ou non d'appliquer cette prescription après avoir évalué la douleur du patient.

Les antalgiques sont classés par l'O.M.S en 3 paliers suivant les niveaux de douleur sur lesquels ils agissent. La morphine, découverte en 1804 est l'antalgique puissant de référence du troisième palier visant à soulager les douleurs intenses. La nalaxone est son antidote du fait de son action antagoniste.

Pour les patients, la morphine reste encore mal connue et ses effets secondaires ont tendances à faire peur, malgré le soulagement qu'elle apporte. Aujourd'hui encore, la mort reste la crainte principale relative à la mise sous morphine. Ceci est lié à son utilisation pour soulager les douleurs de la fin de vie.

Pour les soignants, l'utilisation de morphine est bien souvent vue comme une contrainte du fait de son classement comme stupéfiant et aux précautions particulières relative à son stockage et à son administration. En effet, cette classe de médicament doit être enfermée à clefs dans un compartiment de la pharmacie elle-même fermée à clefs. Les ampoules utilisées doivent être rendues à la pharmacie et chaque utilisation doit être enregistrée de façon nominative. Du fait de ces contraintes, les soignants ont généralement tendances à administrer les antalgiques d'autres paliers plus facilement.

Enfin, la volonté de changer la pratique soignante et la prise en charge de la douleur doivent s'inscrire dans une dynamique d'équipe qui repose sur la communication entre tous ses acteurs.

IV. ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE :

1. Choix de la méthode et de la population :

La synthèse de la recherche documentaire m'a permis de réaliser un guide d'entretien¹⁹ afin de pouvoir aborder des professionnels en exercice et de recueillir leurs réponses.

La méthode choisie est un entretien semi directif, selon la méthode de Carl ROGERS²⁰, permettant d'obtenir des réponses qualitatives plutôt que quantitatives sur le sujet.

¹⁹ Annexe IV

²⁰ Carl ROGERS psychologue humaniste américain (1902-1987).

L'entretien composé de questions ouvertes permet aux personnes interrogées de donner leur avis sans être guidés vers la réponse attendue.

Les réponses données par les personnes interrogées ont été recueillies par une prise de notes brèves, complétée à la fin de l'entretien, dans le but de ne pas déranger la personne interrogée. L'utilisation du dictaphone a vite été écartée suite à un essai lors du premier entretien, en effet la personne ne se sentait plus du tout naturelle.

Avant le début de l'entretien et dans le but d'installer un climat de confiance il a été précisé que cet entretien était anonyme, qu'il pouvait être interrompu à tout moment et qu'il n'était pas obligatoire de répondre à toutes les questions

Les personnes ayant accepté de répondre à mes questions sont 5 infirmières, 3 en service de chirurgie et 2 en service de médecine. Ces infirmières ont entre 1 an et 22 ans de diplôme, et une ancienneté dans le service allant de 6 mois à 14 ans. Cette diversité permet de voir si l'expérience professionnelle met en évidence une différence sur les représentations.

2. Entretiens :

- La douleur :

A la première question, toutes les infirmières ont défini la douleur différemment, 3 pensent que la douleur est gênante ou désagréable, une ajoute que selon elle : « la douleur vous pourri la vie ». Une des infirmières de médecine, diplômée depuis 2 ans parle du retentissement de la douleur sur le bien-être psychologique du patient. Une infirmière de chirurgie ajoute à sa définition de la douleur le retard de guérison que celle-ci peut engendrer.

Toutes les personnes interrogées ont répondu que tous les patients n'étaient pas égaux devant le ressenti de la douleur.

- La perception des antalgiques :

A la question sur les prescriptions d'antalgiques, une infirmière de chirurgie n'a pas compris la question et ne voulait pas y répondre. En revanche trois infirmières ont répondu que les prescriptions d'antalgiques étaient nécessaires, une à ajouter : « ca devrait être la première chose prescrite » et une autre a précisé : « a conditions qu'elles soient bien faites ».

Enfin, une infirmière de médecine pense que les prescriptions d'antalgiques ne sont pas toujours adaptées à la situation et ajoute : « remarquez, ca dépend aussi pas mal du médecin »

Concernant la notion de « si besoin » trois infirmières (2 en chirurgie et 1 en médecine) répondent que l'application de ces prescriptions est difficile car elles les trouvent souvent trop vagues et que le concept de besoin est subjectif et pas toujours facile à identifier. Une des trois dit même ouvertement : « c'est difficile car si besoin c'est vague, moi je n'aime pas ca ! ». Alors que les 2 autres infirmières interrogées pensent que ce type de prescriptions est très bien car il leurs laisse « une marge de manœuvre » et fait appel à leurs connaissances et leurs capacités à évaluer la douleur du patient. L'infirmière de chirurgie ajoute « les prescriptions si besoin nous facilitent la tâche, car si le patient a vraiment mal on sait tout de suite quoi faire, on n'a pas besoin d'appeler le chirurgien ou ses internes pour leurs demander ».

- L'application des prescriptions selon les différents paliers :

Pour 2 des infirmières interrogées, l'application des prescriptions « si besoin » se fait de la même manière selon le palier d'antalgique prescrit. Les 2 parlent de l'évaluation préalable de la douleur du patient

En revanche, pour les 3 autres infirmières plus le palier est élevé, plus elles vont faire attention. L'une préfère attendre le plus longtemps possible avant d'appliquer la prescription, « je préfère la garder en dernier recours » dit-elle. Une autre ajoute enfin qu'elle est plus rigoureuse dans l'évaluation de la douleur quand il s'agit de morphiniques, elle répond « on fait moins attention quand il s'agit de paliers I, en fait il m'arrive même de donner du paracétamol sans prescription pour voir si ça a un effet et ainsi éviter d'avoir recours à la morphine ».

- Les difficultés face aux prescriptions :

A cette question, 3 des infirmières interrogées répondent qu'elle ne rencontre pas de difficultés particulières face aux prescriptions « si besoin ». L'une répond « ça reste des prescriptions comme les autres » alors que les 2 autres ajoutent quand il s'agit de morphiniques « il est embêtant de trouver la collègue qui a la clef des toxiques » et « le plus ennuyeux pour la morphine, c'est d'ouvrir la pharmacie et remplir le papier, alors que pour le Doliprane® il y en a partout ».

Pour les 2 infirmières qui rencontrent des difficultés face à ces prescriptions l'une parle des antalgiques qui ne sont pas adaptés à la situation et l'autre dit : « je sais qu'il ne faut pas remettre en doute les dires du patient douloureux, mais des fois il est difficile de savoir s'il a vraiment besoin de morphine ou si autre chose pourrait le soulager ».

Autrement, 4 des infirmières ont ajouté que bien souvent les prescriptions « si besoin » n'ont pas d'horaires fixes du fait qu'elles soient établies par anticipation, elles ne considèrent pas cela comme une difficulté en soi mais plus comme une contrainte car elles ne s'inscrivent pas dans l'organisation de leur charge de travail.

- La formation :

A la question sur la qualité de la formation reçue, toutes les personnes interrogées ont répondu que la formation initiale était trop juste sur le thème de la prise en charge de la douleur. Une infirmière de chirurgie ajoute que la formation est : « trop juste et trop technique ».

Pour elles 5, ce qu'il manque à la formation c'est du concret, en effet elles répondent toutes que c'est leurs expériences professionnelles qui leur permet de gérer la prise en charge de la douleur. Une infirmière de médecine ajoute que dans le cadre de la formation initiale : « il serait intéressant d'avoir des temps d'échanges programmés avec des médecins et des infirmières sur ce sujet ». Une autre infirmière de médecine ajoute : « je ne vois pas comment on peut améliorer la formation, en effet rien ne vaut l'expérience qui vient avec la pratique ».

- Les représentations de la morphine :

A propos des morphiniques, toutes les infirmières ont commencé leurs réponses par le grand nombre d'effets secondaires, avant de parler de leurs efficacités. Une infirmière de médecine dit : « il y a beaucoup d'effets secondaires, et des fois ils sont plus ennuyeux que la douleur ».

elle-même ». Une infirmière de chirurgie ajoute : « ils sont efficaces mais le souci c'est qu'il y a plein d'effets secondaires alors on est obligé de faire plus attention quand on les utilise ». Enfin, 2 infirmières parlent de leurs peurs de l'accoutumance du patient, l'une dit : « c'est tellement efficace que certains patients ne vous demandent plus quelque chose pour soulager la douleur, mais ils vous disent « faites-moi de la morphine » et moi ça me fait peur de les voir s'habituer comme ça ».

V. ANALYSE DES ENTRETIENS :

A l'issue de ces entretiens nous pouvons constater que malgré les différences entre les années de diplômes, les années d'ancienneté dans leurs services respectifs et leurs services d'activité, toutes les infirmières interrogées sont d'accord pour dire que tous les patients ne sont pas égaux face à la douleur, alors qu'elles en donnent toutes une définition différente. Cela nous prouve que la notion de douleur est ancrée dans nos représentations personnelles et ce même au sein d'un groupe partageant les mêmes valeurs professionnelles.

Il en est de même pour la perception des antalgiques, malgré la reconnaissance de leurs nécessités, les infirmières émettent des jugements quant à la qualité de la prescription et les compétences du prescripteur en s'appuyant sur leurs propres connaissances de la situation et par rapport à leurs expériences.

En rapport aux prescriptions « si besoin » les avis sont partagés. Certaines trouvent ces prescriptions difficiles à appliquer du fait du côté subjectif de la douleur. Ces difficultés renvoient à la peur de l'erreur d'appréciation et à la peur du regard de l'équipe. En effet, il est concevable qu'une jeune diplômée ait peur d'affirmer sa décision en rapport à une prescription face au reste de l'équipe. Mais au contraire pour d'autres les prescriptions « si besoin » sont perçues comme une preuve de confiance du médecin qui autorise les infirmières à émettre un jugement face à une situation et reconnaît ainsi leurs compétences.

A nouveau, pour l'application de prescriptions de différents paliers antalgiques les infirmières affirment qu'elles font plus attention à l'administration des antalgiques plus le palier est élevé. Du fait de la réglementation relative aux antalgiques classés comme stupéfiants comme les morphiniques, il est possible de penser que la peur de l'engagement de la responsabilité infirmière en cas d'erreur entraîne cette attention particulière. Aussi le fait de devoir trouver la clef des toxiques auprès de ses collègues rend ces prescriptions contraignantes, ajouté au fait qu'elles soient souvent en dehors des horaires des « tours programmés ». Cette notion renvoie aux habitudes de services acquises qu'il est difficile de changer.

En revanche, pour d'autres ces prescriptions sont perçues comme n'importe quelles autres s'inscrivant ainsi dans la même perception de leur travail.

Au sujet de la formation initiale en soins infirmiers, toutes les infirmières interrogées estiment que les apports concernant la prise en charge de la douleur des patients est insuffisante. Mais elles reconnaissent que la maîtrise de cette prise en charge s'acquiert avec l'expérience pratique.

Enfin, concernant les morphiniques, les effets secondaires induits par ceux-ci sont la première source de préoccupations avant même la reconnaissance de leur efficacité. Aussi la peur de l'accoutumance du patient revient dans le discours de certaines infirmières. Ces réponses sont issues des représentations individuelles des infirmières interrogées.

VI. CONFRONTATION :

En confrontant la recherche théorique aux résultats des entretiens avec les professionnels de santé interrogés, nous constatons de nombreux points communs et peu de points divergents. En effet, la théorie et la pratique reconnaissent que la douleur est quelque chose de subjectif, devant laquelle tous les patients sont inégaux et qui est définissable de multiples façons en fonction des représentations propres à chacun. En revanche, à l'issue de la recherche documentaire, les concepts de cultures et de religions tentent d'expliquer ces représentations, alors qu'ils n'apparaissent pas dans le discours des professionnels. Il est de même en ce qui concerne les outils d'évaluation mis en place afin de quantifier la douleur. Il est pensable que cette disparité soit directement liée aux questions posées lors des entretiens, qui n'ont pas amenés les professionnels à aborder ces sujets.

La recherche documentaire a mis en évidence le peu de temps consacré à la prise en charge de la douleur lors de la formation initiale en soins infirmiers. Ceci est confirmé par les professionnels du terrain, même s'ils n'ont pas de réponses pour améliorer cette formation, ils reconnaissent que l'expérience permet de pallier à ce manque.

Par rapport à l'usage des morphiniques, la peur des effets secondaires et la classification comme stupéfiant identifiés lors de la recherche documentaire sont confirmés comme frein à leur utilisation par les professionnels. De nouveau du fait des questions posées lors des entretiens l'antidote des morphiniques n'a pas été cité par les personnes interrogées.

Enfin les entretiens ont permis de mettre en évidence le fait que les prescriptions « si besoin » d'antalgiques, ne s'inscrivent pas dans l'organisation programmée des services de soins, alors que cette notion n'est pas retrouvée dans la théorie.

PROBLEMATIQUE :

Longtemps négligée, aujourd'hui reconnue, la prise en charge de la douleur devient une priorité, la demande sociale évolue, le gouvernement tente d'y répondre à l'aide de plans anti douleur successifs, mais cette prise en charge reste dépendante de la volonté du personnel soignant et de ses représentations individuelles.

Ce travail écrit de fin d'études m'a permis d'approfondir, la difficulté de la prise en charge de la douleur, de son évaluation, ainsi que l'influence des représentations individuelles, des croyances et des valeurs personnelles sur la compréhension du phénomène douloureux et sur l'utilisation de la morphine dans le but de le soulager.

A l'issue de mon travail de recherche je constate que nous sommes souvent face à une interprétation personnelle liée à un ensemble de facteurs individuels et collectifs. Cette interprétation individuelle se retrouve dans l'utilisation des traitements antalgiques. En effet, le lourd passé de la morphine reste ancré dans l'esprit des patients et des soignants, générant encore de nombreuses angoisses.

Les différentes tentatives pour corriger ces idées reçues à propos de la morphine commencent seulement de modifier les comportements. Mais malgré tout les utilisateurs, qu'ils soient soignants ou soignés restent inconsciemment prisonniers de leurs propres images mentales.

Cette réflexion m'amène à me poser la question :

En quoi les valeurs et les croyances individuelles des soignants influencent l'application des prescriptions « si besoin » de morphine ?

Conclusion

D'un point de vue personnel, ce travail de fin d'étude m'a permis d'approfondir, à travers différents courants anthropologiques, réglementaires, humaniste, mes connaissances quant au domaine de la pharmacologie des antalgiques majeurs, de leurs représentations en particulier, et de développer mes capacités d'analyse et de compréhension des différents phénomènes qui sont susceptibles d'interférer sur l'application des prescriptions "si besoin" influençant de ce fait la qualité de prise en charge du patient algique.

D'un point de vue professionnel, mes recherches et mes entretiens m'ont permis de saisir le sens de la richesse de l'exercice infirmier auprès des patients douloureux. Malgré une politique de santé prégnante de vouloir conjuguer l'écueil de la défaillance de la prise en charge de la douleur par le biais des différents plans contre la douleur, Création des CLUD dans les centres hospitaliers, je constate qu'il persiste toujours des réticences et des idées à la fois dans les esprits des soignants et des soignés en rapport avec l'utilisation de la morphine. Lutter contre ses aprioris me semble indispensable pour optimiser la prise en charge de la douleur et par la même améliore l'alliance thérapeutique soignant-soigné.

En tant que futur professionnel, cette réflexion de fin de cursus me semble essentielle puisque tous les secteurs de soin sont confrontés à cette ambivalence entre bénéfice-risque : appliquer une prescription morphinique malgré tous les effets secondaires possibles dans l'unique but de soulager un symptôme purement subjectif qu'est la douleur. Savoir mettre de côté ses appréhensions dans le seul but de répondre à une situation anxiogène m'apparaît indispensable pour ma prise de fonction. Cette réflexion me semble applicable pour l'ensemble du système de santé. Elle me permet de prendre du recul, de donner du sens aux situations professionnelles, et de les analyser afin de mieux prendre soin de la personne soignée.

BIBLIOGRAPHIE :

Ouvrage :

ABRIC J.C, Pratiques sociales et représentations, Editions Presses universitaires de France, Collection psychologie sociale, Paris, 1994, 252 pages.

LE BRETON D, Anthropologie de la douleur, Editions Métailié, Paris, 1995, 237 pages.

JODELET, D, Les représentations sociales, Editions Presses universitaires de France, Collection sociologie d'aujourd'hui, Avenue Reille Paris, 1ère édition 1989, 7ème édition avril 2003. 447 Pages

MOSCOVICI S, Psychologie sociale des relations à autrui, NATHAN, Paris, 1994, 304 pages.

NOLI J, Piaf secrète, Edition L'Archipel, Paris, 1993, 218 pages (réédition 2003).

WAUGH A, GRANT A, Anatomie et physiologie normales et pathologiques Ross et Wilson, Editions Maloine, Paris, 2003, 484 pages.

Dictionnaires :

Petit Larousse illustré, Edition Larousse, Paris, 1995, 1784 pages.

Larousse Médical, Edition Larousse, Paris, 2003, 1219 pages.

Articles :

BIGE L, article de février 2006 pour AMD, association pour le droit de mourir dans la dignité.

Textes législatifs :

Charte de la personne hospitalisée, circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

Code de la santé publique : Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 paru au journal officiel le 9 août 2004.

Plan quadriennal 2006-2010 pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur

Sites internet :

I.A.S.P : www.iasp-pain.org (page visitée le 12 janvier 2008).

Prise en charge de la douleur : www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/pdf/rq449b.pdf (page visitée le 3 mai 2008).

Morphine : www.wikipedia.org (page visitée le 5 septembre 2007).

Site de cancérologie générale : www.oncoprof.net (page visitée le 7 avril 2008).

Cours :

Recherche exploratoire par M.T Tessier le 31 octobre 2007.

ANNEXE I

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

- 1 - Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge
- 2 - Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins
- 3 - L'information donnée au patient doit être accessible et loyale
- 4 - Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient
- 5 - Un consentement spécifique est prévu pour certains actes
- 6 - Une recherche biomédicale ne peut être réalisée sans que la personne ait donné son consentement après avoir été spécifiquement informée sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles
- 7 - La personne hospitalisée peut, à tout moment, quitter l'établissement
- 8 - La personne hospitalisée est traitée avec égards
- 9 - Le respect de la vie privée est garanti à toute personne
- 10 - La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant
- 11 - La personne hospitalisée exprime ses observations sur les soins et sur l'accueil

ANNEXE II

Code de la santé publique

- Partie réglementaire
 - Quatrième partie : Professions de santé
 - Livre III : Auxiliaires médicaux
 - Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière
 - Chapitre Ier : Exercice de la profession

Section 1 : Actes professionnels.

Article R4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance :
température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R4311-7

Modifié par Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4° JORF 26 juillet 2005

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
 - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

- 6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;
- 7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- 8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- 10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- 11° Pose de bandages de contention ;
- 12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
- 13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- 14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

- 15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
- 16° Instillation intra-urétrale ;
- 17° Injection vaginale ;
- 18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34° Saignées ;
- 35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39° Recueil aseptique des urines ;
- 40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
- 43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;

9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;

10° Cures de sevrage et de sommeil.

ANNEXE III

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique

Section 4

Dispositions particulières concernant les médicaments classés comme stupéfiants

Art. 18. - L'administration de tout médicament classé comme stupéfiant ou soumis à la réglementation des stupéfiants fait l'objet d'une transcription sur un document spécial ou sur le document de prescription mentionné à l'article 3 des données suivantes :

- le nom de l'établissement ;
- la désignation de l'unité de soins ;
- la date et l'heure de l'administration ;
- les nom et prénom du malade ;
- la dénomination du médicament et sa forme pharmaceutique ;
- la dose administrée ;
- l'identification du prescripteur ;
- l'identification de la personne ayant procédé à l'administration et sa signature.

Les relevés d'administration sont datés et signés par le médecin responsable de l'unité de soins et adressés à la pharmacie qui les conserve pendant trois ans. Ils peuvent être effectués de manière informatisée sous réserve qu'ils soient identifiés et authentifiés par des signatures électroniques et que leur édition sur papier soit possible.

Art. 21. - Dans les locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement prévus à l'article 9, les stupéfiants sont détenus séparément dans une armoire ou un compartiment spécial banalisé réservé à cet usage et lui-même fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Des mesures particulières de sécurité contre toute effraction sont prévues.

Fait à Paris, le 31 mars 1999.

Bernard Kouchner

ANNEXE IV

GUIDE D'ENTRETIEN :

Nom/Prénom :

Service :

Ancienneté dans le service :

Nombre d'années de D.E :

1^{ère} Question :

- Comment définissez-vous la douleur ?

2^{ème} Question :

- Comment percevez-vous les prescriptions d'antalgiques ?
- Et les prescriptions « si besoin » ?

2^{ème} Question Bis :

- Appliquez-vous cette prescription de la même façon suivant les différents paliers des antalgiques ?
- Si oui, comment l'appliquez-vous ?
- Si non, pourquoi ?

3^{ème} Question :

- Rencontrez-vous des difficultés face à ces prescriptions ?
- Si oui, de quels types ?

4^{ème} Question :

- Estimez-vous avoir reçu une formation suffisante sur la prise en charge de la douleur ?
- Si non, que vous manque-t-il ?

5^{ème} Question :

- Quelles représentations avez-vous des antalgiques morphiniques ?

Autre question :

- Selon vous, les I.A.D. Es sont-elles plus aptes à prendre en charge la douleur ?