

Les représentations sociales sur les drogues dans le monde du soin



Mémoire de fin d'étude

UE 5.6 : Analyse de la qualité et des traitements des données scientifiques et professionnelles

RODRIGUEZ Anaïs

Promotion 2022-2025

Date du rendu : 12 mai 2025

Directeur de mémoire : Mr FEKHAR Sébastien

Note aux lecteurs :

“Il s’agit d’un travail personnel et il ne peut faire l’objet d’une publication en tout ou partie sans l’accord de son auteur”

Remerciements :

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire, Monsieur Fekhar. Je le remercie de m'avoir écouté, d'avoir fait preuve de patience et de s'être rendu disponible. Je le remercie aussi de ses précieux conseils qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire de fin d'étude.

Je remercie les professionnels de santé de m'avoir accordé du temps et de la patience lors des entretiens. Ainsi que tous les professeurs de l'IFSI de m'avoir accompagné pendant ces trois années d'études.

Je remercie mes parents, Christophe et Françoise, ainsi que ma petite sœur Sarah de leurs soutiens ainsi que mon neveu Kaïs, qui m'a soutenu à sa façon.

Je remercie mes amis Timéo et Mélanie, qui ont toujours été présents pour moi pendant ces trois ans.

Pour conclure, je souhaite aussi rendre un hommage particulier à mon grand-frère Kévin, qui a été une source d'inspiration pour ce travail. Il était concerné par les addictions, et bien qu'il ne soit plus parmi nous, il reste gravé dans mon cœur. J'ai pris exemple sur sa bienveillance et sa persévérance pendant ces trois années d'études et durant ma vie. Ce travail est ma manière de lui rendre hommage.

Tables des matières :

I. Introduction et l'intérêt professionnel :	4
II. Description de la situation.....	5
1. La situation d'appel :.....	5
2. Les questionnements :.....	8
3. La question de départ :.....	8
III. Cadre conceptuel :.....	8
1. Les représentations sociales :.....	8
1.1. Définition des représentations sociales :.....	8
1.2. Mise en place des représentations sociales :.....	9
1.3. Les différentes représentations sociales des consommateurs de drogues en France :.....	10
2. Les addictions :.....	11
2.1. Définition de l'addiction :.....	11
2.2. La cocaïne en France et dans les pays voisins : chiffres et tendances :.....	12
2.3. Profil d'un patient consommateur de cocaïne :.....	13
2.4 : Vécu des patients consommateurs :.....	14
3. La relation soignant-soigné :.....	14
3.1. Définition de la relation soignant-soigné :.....	14
3.2. La prise en charge infirmière :.....	15
3.3. Les différents soutiens proposés aux patients dépendants :.....	17
IV. Méthode exploratoire :.....	18
4.1. Outil d'enquête :.....	18
4.2. Choix de la population cible :.....	18
4.3. Limites de l'enquête :.....	18
4.4 . Analyse des données :.....	19
4.5. Synthèse des résultats :.....	25
V. Conclusion :.....	27
VI. Bibliographie :.....	28
VII. Annexes :.....	34

I. Introduction et l'intérêt professionnel :

Dans le cadre de mes études en soins infirmiers, nous devons réaliser un travail de fin d'étude qui initie à la recherche.

J'ai choisi ce thème de mémoire car cette situation m'a interpellée voire bouleversée. En effet, lors de mes stages, j'ai pu être confronté à des patients consommateurs de substances psychoactives qu'elles soient licites (comme l'alcool, le tabac...) ou illicites (comme la cocaïne, le cannabis...). Ces rencontres avec ces patients m'ont permis de remettre en question ma posture infirmière, ainsi que ma communication, mais aussi sur les représentations sociales que je pouvais avoir de ces patients.

Dans toute carrière d'infirmière, quel que soit le service dans lequel nous pouvons exercer, nous sommes susceptibles d'être confrontées à des patients ayant des addictions ou des antécédents d'addictions, qu'il ne faut pas banaliser et qu'il faut prendre en compte dans notre prise en charge infirmière.

Ce travail de fin d'étude a un intérêt professionnel et personnel. Premièrement professionnel, car je pourrais transposer ce travail dans les différents services où j'exercerais mais aussi grâce à celui-ci, je pourrais mieux comprendre les enjeux de la relation soignant-soigné avec un contexte d'addiction. Deuxièmement, personnel, car cette situation et ce travail de fin d'étude m'a permis de réfléchir à nouveau sur mes valeurs et mes représentations sociales concernant les addictions.

Les représentations sociales font parties intégrantes de notre société mais aussi dans notre monde professionnel, et une des pathologies qui en subit les conséquence est l'addiction. C'est pour cela qu'en les questionnant dans ce travail de fin d'étude, je pourrais améliorer ma qualité de prise en charge infirmière, en offrant une prise en charge éthique, sans jugement et dans l'accompagnement personnalisé de ces patients.

Dans un premier temps, je vais vous raconter comment s'est déroulée ma situation d'appel, cette situation d'appel m'a fait me poser des questions, puis tous ces questionnements ont amené à ma question de recherche. Dans un second temps, grâce à ma question de recherche, j'ai pu en tirer trois concepts que je vais détailler avec leurs sous-parties. Dans un troisième temps, je vais vous expliquer mon outil d'enquête qui me permettra de réaliser des entretiens avec des professionnels de santé. Dans un quatrième temps, je vais recueillir les données des entretiens afin de les analyser. Je ferai une synthèse de toutes ces informations, puis je finirai ce travail de fin d'étude par une conclusion.

II. Description de la situation

1. La situation d'appel :

Nous sommes au milieu du mois d'avril 2024, je suis en deuxième année du cursus en soins infirmiers. Mon stage se déroule dans un service de chirurgie digestive situé dans un hôpital de la région parisienne. Ce matin, je suis dans le service des soins continus de chirurgie digestive, c'est une aile du bâtiment qui prend en charge des patients revenant de réanimation chirurgicale. Ce sont des patients qui peuvent développer des complications suite à une chirurgie digestive. Ma journée débute à 7 heures du matin. Je suis accompagné de mon tuteur infirmier, d'une deuxième infirmière et de deux aides-soignantes. Nous arrivons dans le poste de soins pour écouter les transmissions de l'infirmière de nuit afin qu'elle nous raconte comment s'est passé sa nuit avec nos futurs patients à charge. Elle commence par deux patients, puis vient au tour de Mr C, il est présent dans le service depuis bientôt un mois. L'infirmière nous explique que Mr C est un consommateur de drogues dures telles que la cocaïne depuis 10 ans. Son motif d'hospitalisation est dû à un accident sur la voie publique. En effet, le patient était sorti dans la nuit pour aller récupérer de la cocaïne. Avant de sortir, il avait consommé de la cocaïne. Pendant sa sortie, il est tombé de sa trottinette, ce qu'il l'a propulsé sur le coin d'un trottoir. Sa chute a provoqué une perforation de l'estomac. Cette perforation a été prise en charge au bloc opératoire ce qui lui a causé une fistule entéro-cutané. De plus, il a été opéré d'une colectomie et a, par conséquent, un appareillage appelé : une colostomie situé au niveau du côté gauche de son abdomen.

L'infirmière de nuit nous annonce que Mr C a été très algique dans la nuit, de ce fait il sollicite des antalgiques et spécifiquement les antalgiques de paliers III. Elle a évalué sa douleur à 10/10 donc sur son rôle prescrit, elle lui a administré un antalgique de palier III à 6 heures du matin. Elle ajoute que le patient est d'humeur colérique et agressive et qu'il lui a crié dessus plusieurs fois dans la nuit.

Après avoir fini les transmissions avec l'infirmière de nuit, mon tuteur m'explique que l'équipe douleur est censée rencontrer Mr C dans la semaine. Effectivement, Mr C, se plaint de douleurs depuis bientôt plusieurs jours mais aucun antalgiques de palier I ou II ne fait effet d'après les dires du patient.

Accompagnée de mon tuteur, nous faisons le tour des chambres pour voir tous les patients qu'on prend en charge aujourd'hui. Ils sont 6 patients au total. Il est dans les alentours de 9 heures. Il est à noter que dans cette aile du bâtiment, chaque patient a son chariot de soin situé dans sa propre chambre. Le chariot est composé des traitements du patient ainsi que des

différents dispositifs nécessaires à sa prise en charge. Nous rentrons dans la chambre de Mr C, nous le saluons et lui demandons comment il se sent aujourd'hui. Il nous répond : *"J'ai très mal, il me faut de la morphine"*. Je lui demande alors d'évaluer sa douleur et de la localiser, il l'évalue à 9/10 selon l'échelle numérique. Il m'explique que la douleur est surtout localisée au niveau de l'abdomen. Je lui explique qu'on a compris que la douleur était présente mais que l'administration d'un antalgique de palier III ne sera pas possible car au vu de la prescription médicale réalisée par le médecin, l'antalgique de palier III doit être administré toutes les 6 heures. Je rajoute que cela fait 2 heures qu'on lui a administré son antalgique et qu'il faudra donc attendre l'heure du déjeuner donc vers 12h. Mon tuteur lui propose de lui administrer un antalgique de palier I, il lui explique que l'antalgique de palier I pourrait atténuer ses douleurs situés au niveau abdominal. Le patient refuse car selon lui : *"Cela ne fait rien"*. Nous acceptons son choix.

Nous lui annonçons que nous devons réaliser la réfection de l'appareillage de sa stomie aujourd'hui. Je me charge de changer sa stomie sous l'autorisation du patient et la surveillance de mon tuteur. Il me demande d'éviter de lui faire mal pendant la réfection. J'essaye de le rassurer en lui expliquant que je ferai mon possible pour ne pas lui provoquer des douleurs. Pendant le soin, le patient essaye de négocier afin d'obtenir un antalgique de palier III, en nous disant ; *"S'il vous plaît, j'ai mal, il n'y a que la morphine qui fait effet sur mes douleurs."* Je lui explique que cela n'est pas possible car le délai de la prescription médicale n'est pas encore atteint, mais, je lui propose un antalgique de palier I, mais il refuse pour les mêmes raisons dites précédemment. C'est à cet instant que le patient adopte un comportement agressif et un ton qui l'est aussi. Il commence à nous insulter en nous disant, je cite : *"Vous êtes incompetents, j'ai mal et vous ne faites rien"*. D'autres cris et d'autres insultes résonnent dans la chambre. Il s'agite dans son lit en levant les bras pour intensifier ces insultes, de plus il dispose ces mains sur les ridelles afin de faire trembler son lit. Le patient nous menace. J'arrête le soin par conséquent.

Je ne dis rien, je suis surprise par les propos. C'était la première fois que j'entendais autant d'insultes de la part d'un patient et autant d'insultes à mon égard. Je reprends la réfection de la poche de colostomie quand le patient a fini de crier et de nous insulter. L'ambiance est calme, je n'ose à peine parler mais je dis quelques phrases afin que le patient soit au courant de ce que je réalise sur son appareillage.

Après avoir fini le soin, mon tuteur et moi sortons de la chambre. Mon tuteur me demande comment je vais après cet épisode d'insultes et de cris, je lui répond que c'était la première fois que ça m'arrivait, je le rassure en lui disant que je me sens bien. Je lui retourne la

question. Il me répond qu'il a l'habitude d'entendre cela, mais qu'il faut apprendre à ne pas le prendre personnellement. Il ajoute que le manque de cocaïne doit augmenter ces douleurs.

Plus tard, vers 11h, Mr C nous appelle, grâce à la sonnette disposée à son chevet. Je me dirige vers sa chambre, je vois Mr C, il a les sourcils froncés, le visage froid et il croise les bras. Je lui demande ce qu'il se passe. Il me répond que la douleur a augmenté et qu'il exige sa morphine tout en haussant la voix. Je m'excuse et je lui annonce que cela ne sera pas possible car il faut attendre encore une heure. Je lui propose l'administration d'un antalgique de palier I ou II. Il refuse à nouveau. Il me répète les insultes précédentes mais en criant plus fort que toute à l'heure. Il s'agite dans son lit pour faire du bruit. Je m'excuse et je sors de la chambre. A peine sortie, je ressens de la peur, j'ai peur qu'il s'énerve à nouveau. Je me suis sentie encore plus intimidée que la première fois. La prise en charge de sa douleur était devenue compliquée au vu de ces refus face à nos propositions. Ces réponses étaient les insultes, les cris et les mouvements brusques. Après le dernier épisode dans sa chambre, mon tuteur décide que je ne devais plus rentrer dans sa chambre seule jusqu'au tour de 12h, car il voulait me protéger de toutes les insultes et les mouvements brusques que le patient faisait. Mon tuteur me disait : *“J'ai l'habitude mais tu ne dois pas prendre cette habitude de te faire insulter en tant qu'étudiante”*.

Le patient sonna chaque 20 minutes jusqu'à 12h pour obtenir sa dose de morphine. A chaque fois, c'était une nouvelle personne de l'équipe pluridisciplinaire qui venait le rencontrer. Chaque personnel disait une phrase du genre : *“Mr C, il faut attendre le délai de la prescription”*. Par conséquent, Mr C insultait le personnel qui refusait de lui donner l'antalgique de palier III. Depuis le poste de soin, on entendait les cris et les insultes. Une des aides-soignantes dit : *“Il doit être en manque, il lui faut sa dose”*. Je ne réponds rien. L'heure du tour de 12h arrive, je rentre dans la chambre de Mr C, cette fois-ci accompagnée de mon tuteur. Nous lui demandons si les douleurs sont toujours présentes. Il nous répond : *“A votre avis”*. On lui administre l'antalgique de palier III. Le patient nous regarde et nous dit : *“Enfin, il était pas trop tôt !”*. Puis le patient pousse comme un soupir de soulagement, avec les yeux qui montent vers le ciel. Nous sortons de sa chambre. L'équipe douleur n'a pas changé la prescription d'antalgiques de palier III car elle était trop récente pour être modifiée et ils estimaient que le patient : *“N'avait pas tant mal que ça”*.

2. Les questionnements :

Face à cette situation, je me suis posée certaines questions : Pourquoi je n'ai pas réagi face à ces cris ? Si j'avais répondu en criant comme Mr C, serait-il professionnel de ma part ? Pourquoi je me suis sentie intimidée par tous les cris et les insultes? Comment aurais-je pu réagir face à sa douleur mais que le patient refuse mon aide ? Pourquoi l'aide-soignante parle de manque de cocaïne ? Pourquoi les professionnels de santé n'ont pas l'air de croire le patient concernant sa douleur ?

3. La question de départ :

Face à la situation que j'ai décrite et au vu de mes différents questionnements, cela nous amène vers ma question de départ, qui est la suivante : **“Dans quelles mesures les représentations sociales à l'égard des patients usagers de drogues dures influencent-elles la relation soignant-soigné ?”**

III. Cadre conceptuel :

1. Les représentations sociales :

1.1. Définition des représentations sociales :

Pour comprendre les représentations sociales, il faut commencer par les définir. En effet, les représentations sociales sont présentes dans notre société, comme sur le sujet des religions, de la sexualité... Mais elles peuvent être aussi présentes dans notre domaine professionnel. Étant étudiante dans le domaine de la santé, j'ai pu comprendre qu'il existe énormément de représentations sociales sur les différentes pathologies : par exemple, les patients hospitalisés en psychiatrie seraient tous “fous” ou que les médecines alternatives ne seraient pas efficaces. Ce sont des représentations sociales ancrées dans notre société et dans notre domaine de travail.

Je m'appuierai sur Denise JODELET, c'est une psychologue française. J'ai choisi cette autrice car c'est une spécialiste des études sur les représentations sociales. D'après elle, les représentations sociales sont : *“Des modalités de pensées pratiques, orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et vital”*.

¹. Elle explique que les représentations sociales sont des idées ancrées dans notre société et qu'elles ouvrent le débat entre des individus. Ces idées nous permettent de donner un sens à notre environnement.

De plus, je m'appuierai sur les travaux du psychologue Serge MOSCOVICI qui est le créateur de la psychologie sociale mais aussi le pionnier sur la théorie des représentations sociales. D'après le psychologue Serge MOSCOVICI, il définit les représentations sociales comme : *“Des systèmes organisés de connaissances de croyances et de symboles qui structurent et façonnent la façon dont les individus perçoivent et interprètent la réalité qui les entoure”*.²

Les représentations sociales sont une vision personnelle du monde dans lequel on vit. Cette vision nous permet de donner un sens à notre société, c'est ce que nous expliquent les deux psychologues cités plus tôt. Par exemple, si nous opposons deux cultures, elles n'auront pas la même vision du monde car elles n'ont pas les mêmes représentations sociales.

Maintenant que nous avons vu les différentes définitions des représentations sociales, il faut comprendre comment elles se mettent en place dans notre société.

1.2. Mise en place des représentations sociales :

Serge MOSCOVICI explique que les représentations sociales commencent par l'objectivation, cela est défini par : *“Le mécanisme par lequel s'opère le passage d'éléments abstraits théoriques, à des images concrètes”*³. L'objectivation se déroule en trois étapes :

La première étape se nomme : la sélection des informations : ce sont des informations ou des idées marquantes, faciles à comprendre qu'on adapte à notre façon de voir les choses.

La seconde étape se nomme : le schéma figuratif : les informations et les idées qu'on vient d'adapter à notre façon, vont devenir des images simples à retenir pour nous.

La troisième étape se nomme la naturalisation : les idées ou informations qui sont devenues des images simples pour nous, nous allons à présent les considérer comme la réalité de ce monde.

Après ces trois étapes de fabrication de représentations sociales, intervient une dernière étape : l'ancrage qui est : *“Les modalités d'insertion dans le social”*. C'est-à-dire comment la

¹ FISHER. “Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale.” 2025

² RSE Magazine. “Serge Moscovici et l'étude des représentations sociales”. 2023

³ BUSCHINI et LORENZI-CIOLDI. “Représentations sociales.” 2023.

nouvelle image qu'on considère comme de la réalité va t'elle se rattacher aux idées déjà existantes.

Après avoir vu comment les représentations sociales, nous allons voir, les différents types de stigmatisations mais aussi les représentations sociales des consommateurs de drogues en France.

1.3. Les différentes représentations sociales des consommateurs de drogues en France :

D'après un article du Gouvernement du Canada⁴, il existe 3 types de représentations :

Le premier type est l'auto-stigmatisation : qui correspond à l'intégration des fausses croyances sur la personne, ce qui entraîne une baisse de l'estime de soi. Par exemple : *“Je suis une mauvaise personne vu que je consomme des drogues”*.

Le deuxième type est la stigmatisation sociale : c'est-à-dire, les différentes représentations que la société a sur les consommateurs de drogues ce qui peut provoquer des comportements négatifs envers les personnes consommatrices. Entre autres, juger la personne car elle consomme des drogues. Par exemple : *“Si cette personne prend de la drogue, c'est parce qu'elle l'a choisie”*.

Le troisième type de représentation sociale est la stigmatisation structurelle : dans notre cas, quand le personnel soignant ne prend pas en compte les besoins du patient sous prétexte qu'il est dépendant. Par exemple : *“Vous n'avez pas mal Monsieur, vous êtes en manque de drogue”*.

En règle générale, les représentations sociales sur les addictions sont souvent associées à un manque de courage, un manque de volonté ou du vice.⁵

Mais afin d'être plus précise, il existe différentes représentations sociales concernant les consommateurs de cocaïne en France, en effet j'ai pu recueillir un document de l'Etat français qui répertorie les différents “clichés” sur les addictions et notamment sur la cocaïne. Une des plus connues sur la cocaïne est la suivante : *“La cocaïne, ça ne concerne que le milieu de show bizz”*⁶. Ou que la cocaïne est une drogue qui facilement contrôlable et qu'on

⁴ Gouvernement du Canada. “Stigmatisation de la consommation de drogues.” 2024

⁵ HIRON. “Atelier de sensibilisation aux addictions : comment être réellement efficace ?” 2025

⁶ Préfète de la Savoie. “5 idées reçues sur la cocaïne.” 2024

peut arrêter quand on veut, il n'existe pas de dépendance si c'est occasionnel. Mais aussi, que la cocaïne n'a aucun effet sur le corps, or la cocaïne a des effets cardiovasculaires néfastes. De plus, qu'il n'aurait qu'un milieu socio-professionnel qui seraient touché par les drogues.

A présent, nous allons nous concentrer sur le deuxième concept qui est l'addiction.

2. Les addictions :

2.1. Définition de l'addiction :

Pour commencer, selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) : *“Les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères”*.⁷

On peut distinguer deux types d'addictions :

Le premier type d'addiction est celle avec substances, ce qui implique la consommation de cocaïne, de tabac, d'alcool, de cannabis et d'autres substances. Parmi ces différentes substances, on distingue : les substances licites dont la vente est réglementée. Pour l'alcool : la vente est régi selon le Code de la Santé publique : Art.L.3332-I, L.3342-3 : *“Il est interdit de vendre de l'alcool à des mineurs de moins de 18 ans”* ⁸. De plus, pour le tabac : la loi du 31 juillet 2003 qui vise à restreindre la consommation de tabac chez les mineurs de moins de 16 ans : *“Il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, des produits du tabac ou des ingrédients définis au deuxième alinéa de l'article L. 3511-1 à des mineurs de moins de seize ans.”*⁹. Mais il existe aussi les substances illicites (cannabis, amphétamine, cocaïne) qui sont donc interdites de vente par la loi. En effet selon Code de la santé publique mise en vigueur depuis le 10 avril 2021 : *“L'usage illicite de l'une de ces substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.”*¹⁰

Le deuxième type d'addiction est celle sans substances, ce qui implique les jeux d'argent, les achats compulsifs ou les écrans qui touche principalement les adolescents et les jeunes adultes.

⁷ BENYAMINA. “Addictions, du plaisir à la dépendance.” 2023

⁸ Code de la santé publique (loi sur la vente d'alcool)

⁹ Code de la santé publique (loi sur la vente de tabac). 2003

¹⁰ Code de la Santé publique (loi sur les stupéfiants) 2021.

Afin de diagnostiquer qu'un patient souffre d'addiction, nous devons nous référer à un outil. Cet outil se nomme le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)¹¹. Pour les addictions, ce DSM est constitué de 11 critères. Comme par exemple : la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience de la gravité pour soi, la perte de contrôle de soi et le besoin impérieux de consommer la substance ou de jouer aux jeux d'argent (craving).

Il faut savoir aussi que l'addiction est étroitement liée au circuit de la récompense dans notre cerveau, c'est-à-dire, que l'addiction procure du plaisir donc le patient recommence à consommer. Le cerveau va comprendre que cette action est agréable et donc va pousser le patient à refaire cette action.

Nous avons compris ce qu'est l'addiction et comment on diagnostique une addiction, maintenant nous allons voir le taux d'addiction à la cocaïne en France.

2.2. La cocaïne en France et dans les pays voisins : chiffres et tendances :

Nous avons vu ce qu'était l'addiction dans la précédente partie, je vais donc m'intéresser à une addiction en particulier et qui est en lien avec ma situation d'appel: l'addiction à la cocaïne. Pour rappel, dans ma situation d'appel Mr C était un consommateur de cocaïne depuis 10 ans, ce qui a conduit à son accident de la voie publique et donc son hospitalisation. Premièrement, la cocaïne a un pouvoir addictif très puissant, elle est considérée comme une drogue dure. Elle est principalement produite en Amérique de Sud (Colombien Pérou et Bolivie). Son principal mode de consommation se fait par inhalation (sniffée).¹²

En France, en 2023, plus d'un million de français avait au moins essayé la cocaïne une fois. Selon l'Association Addictions de France¹³, ce chiffre a doublé. Cette hausse de consommation s'expliquerait par la diminution du prix de cette drogue. Cette addiction est responsable d'environ 10 000 hospitalisations en France.

Prenons du recul et analysons la consommation de drogue en Europe¹⁴. La cocaïne est la deuxième drogue la plus consommée après le cannabis, en effet l'Europe est le deuxième marché mondial de cocaïne. Les pays européens qui consomment à un âge précoce (18-34 ans) la cocaïne sont : L'Allemagne, la Grèce, la France, l'Italie et la Hongrie. En Europe, en

¹¹ MILDECA. "Qu'est ce qu'une addiction?". 2015

¹² MILDECA. "L'essentiel sur la cocaïne" 2023

¹³ Association Addictions France. "Drogues et addictions, chiffres clés". 2025

¹⁴ Euda Europa. "Cocaïne, la situation actuelle en Europe" 2024.

2021, on comptabilise plus de 2,5 millions de jeunes entre 15 et 34 ans qui ont déjà consommé au moins une fois de la cocaïne.

Ces chiffres ne font qu'augmenter malgré les campagnes de prévention mises en place par les différents pays européens.

Après avoir compris le taux de consommation en France, nous allons dresser un profil d'un consommateur de cocaïne.

2.3. Profil d'un patient consommateur de cocaïne :

Pour commencer, la cocaïne est une addiction à laquelle il est compliqué de s'en détacher. En effet, son pouvoir psychoactif rend très facilement addict la personne qui en consomme régulièrement.

En France, selon Solène AGNES¹⁵, une journaliste qui a travaillé sur ce sujet : la majorité des consommateurs de cocaïne sont des hommes. Ce sont généralement des adultes, entre 18-44 ans. Cela touche tous les milieux socio-professionnels, mais plus particulièrement les ouvriers, les chômeurs, les restaurateurs mais aussi les marins-pêcheurs qui sont très touchés par la consommation de cocaïne.

Quand une personne va consommer une dose de cocaïne pour la première fois, elle va rapidement se sentir euphorique, bavarder et même énergique. Ils seront sensibles à la lumière et aux sons, mais aussi irritables¹⁶. Ces personnes vont avoir l'impression que tous leurs sens sont décuplés, qu'ils ne sentent aucune douleur. Ces personnes auront l'impression qu'ils sont en pleine maîtrise d'eux mêmes, et qu'ils ont une grande confiance en eux.

Malheureusement, les personnes qui consomment de la cocaïne au quotidien, n'auront plus les mêmes effets qu'à la première prise. Alors ils vont pallier ce manque, à une plus grande consommation de cocaïne, pour rechercher l'effet de la toute première fois. En effet, d'après le collectif "Addict'Aide",¹⁷ la cocaïne : *"Provoque une dépendance psychique et expose à la paranoïa, des comportements à risque ou encore des complications cardio-vasculaires"*. Cela est confirmé par l'auteur Serge AHMED, un des spécialistes français représentant la recherche des addictions. Il explique que : *"L'usage continue de la substance n'est donc pas*

¹⁵ AGNES. "Age, sexe, métier, région.. quel est le profil type de consommateur de cocaïne en France?". 2023

¹⁶ The balance. "L'addiction à la cocaïne". 2025

¹⁷ "Cocaïne au travail, le témoignage du Rémi, professionnel de la restauration". 2024

motivé par une recherche vicieuse et insatiable de plaisir mais plutôt par la peur de manquer, par l'évitement de la souffrance de syndrome de sevrage".¹⁸ Il explique que ces personnes ne consomment plus par plaisir mais qu'ils consomment cette substance car ils ont peur de manquer et ainsi ils sont en recherche de retrouver les mêmes symptômes que leur toute première prise.

Maintenant que nous connaissons le profil d'un consommateur de drogues dures, nous pouvons discuter de leurs vécus.

2.4 : Vécu des patients consommateurs :

J'ai pu recueillir des témoignages sur le site "Addict'aide"¹⁹ qui recense toutes les addictions possibles en France et comment les pallier. J'ai pu regarder des témoignages anonymes en format vidéo mais aussi des témoignages écrits comme ceux de Marie et Rémi. D'après les témoignages que j'ai pu visionner, les consommateurs ressentent un isolement social : en effet ils perdent contact avec leurs proches à cause de cette addiction qui est "mal vue" ou que les consommateurs préfèrent s'isoler. Par la suite, l'isolement devient professionnel, beaucoup de consommateurs perdent leur travail. Suite à la perte de travail, le manque d'argent se fait ressentir, alors pour continuer à consommer la drogue, ils vendent leurs biens afin de payer leurs doses. Donc par la suite, ils se retrouvent sans biens. D'après les consommateurs, la cocaïne : *"Bouffe la vie, ça détruit tout"*.

Mais certains consommateurs ne réalisent pas que la consommation de cocaïne est néfaste, ils vont alors développer le mécanisme de défense qui est le déni. Comme dit l'article de Ker&Co²⁰, il explique qu'il existe différents discours concernant le déni. Il y'a : la minimisation, la rationalisation, la projection, la comparaison sélective et les fausses promesses. Par exemple : pour la minimisation : *"Ce n'est pas grave, tout le monde fait des erreurs"*.

Nous allons passer au troisième concept qui est la relation soignant-soigné.

¹⁸ GALANOPOULO. "L'addiction n'est pas gravée dans notre cerveau." 2023

¹⁹ Témoignages

²⁰ Ker&Co. "Le déni face à l'addiction." 2025

3. La relation soignant-soigné :

3.1. Définition de la relation soignant-soigné :

La relation soignant-soigné est le centre de notre métier, elle est essentielle pour créer un lien avec nos patients à charge. Les relations entre soignants et soignés peuvent être parfois influencés par des facteurs : patients de notre âge, patients qui ressemblent à un proche ou patients qui consomment des drogues. Je m'appuie sur l'ouvrage d'Alexandre MANOUKIAN appelé : "Relation soignant-soigné". Il aborde ce concept comme : "*Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires*"²¹. J'ai choisi cet auteur car il est un psychologue qui travaille dans les milieux hospitaliers.²²

De plus, d'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers : elle définit la relation soignant-soigné par : "*Le lien existant entre deux personnes de statut différents, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes : un engagement personnel du soignant, une objectivité pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu et un minimum de disponibilité*"²³. Dans mon contexte, il s'agit d'un lien entre le soignant et la personne addictée.

Nous allons voir comment une infirmière peut prendre en charge un patient ayant des conduites addictives ou des antécédents de consommation.

3.2. La prise en charge infirmière :

Afin de prendre en charge correctement un patient qui consomme des drogues, il faut comprendre les trois types de consommation de drogues. Je m'appuierai alors sur la théorie du docteur OLIEVENSTEIN qui est considéré comme le psychiatre des toxicomanes.

La première phase est ce qu'on appelle la phase de lune de miel. Il explique que pendant cette phase-là, la drogue est un pure bonheur et consommer cette drogue permet au patient d'oublier tout ce qui est néfaste pour lui dans sa vie.

La deuxième phase de consommation est la gestion du manque, en clair, le patient consomme toujours cette drogue par plaisir mais aussi par manque physique, en effet le corps a

²¹ Alexandre MANOUKIAN. La relation soignant-soigné. Page 5

²² Bibliographie Alexandre Manoukian. 2024

²³ POTIER. Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers. 2002

développé une dépendance à cette drogue, alors le patient consomme encore plus pour pallier ce manque physique.

La troisième phase se nomme : l'échec de la drogue. Dans cette phase-là, le patient consomme de la drogue pour se rappeler des bons souvenirs (euphorie, plaisir intense) que lui procuré celle-ci, il est en recherche constante de cet état là.

Chaque type de consommation à sa prise en charge adaptée : en effet pour la phase de lune de miel : nous, infirmières, devons faire de la prévention, en lien avec le cas de Mr C, faire de la prévention sur la cocaïne et ses effets néfastes. Pour la phase de la gestion du manque, les médecins essayent de donner un traitement substitutif afin de pallier ce manque sans consommer la drogue elle-même. Enfin, pour la phase de l'échec de la drogue, c'est à ce moment là que le corps médical propose au patient une hospitalisation ou une cure de désintoxication afin d'arrêter cette consommation.

Il est essentiel pour la prise en charge d'avoir un dossier médical complet afin de connaître les antécédents et les récentes hospitalisations du patient. Le Conseil National de l'Ordre des médecins²⁴ explique que les antécédents font partie intégrante du dossier médical et que les antécédents sont censés être demandés à chaque hospitalisation afin de faire un point. Ces antécédents seront essentiels pour savoir depuis combien de temps le patient consomme (pour visualiser dans quelle phase se situe-il) mais aussi quel type de substance, les raisons et s'il est polytoxicomane (prise de plusieurs drogues) ou s'il y'a des pathologies psychiatriques associées.

Concernant la prise en charge des patients, aucun patient ne doit être jugé, ni se sentir coupable de sa consommation. Alors, nous, infirmières, nous devons être dans l'écoute, l'empathie et le non-jugement. Comme le dit notre Code de Déontologie infirmier, l'article R4312-3 stipule que : *“L’infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de famille et de ses proches”*²⁵. L'infirmier a donc un devoir de neutralité et ne doit pas juger la vie privée du patient qui prend en charge. Mais parfois, la prise en charge infirmière est mise en difficulté face aux comportements des patients, en effet quand les patients sont en manque, leurs comportements peuvent être perturbés par de l'irritabilité ou de la confusion ce qui provoque cette difficulté. Dans ces cas-là de difficultés à établir une relation de soin, il faut

²⁴ Conseil national de l'Ordre des médecins. 2022

²⁵ Code de la santé publique. Article R4312-3. 2025

passer le relai à un autre infirmière afin qu'elle essaye à son tour d'établir une relation de confiance et d'aide.

Comme dit dans l'introduction, les patients consommateurs de drogues peuvent être hospitalisés dans n'importe quel service et pas forcément qu'en psychiatrie. D'après le référentiel de 2020 pour les infirmières en addictologie²⁶, il prévoit plusieurs activités afin de prendre en charge un patient consommateur de drogue. Les différentes activités sont les suivantes : l'accueil du patient, l'éducation du patient et de son entourage sur son addiction, orientation du suivi pour les patients et leurs proches, connaître les signes de sevrage...

Ce référentiel est applicable aussi aux infirmières qui travaillent dans des services dits "somatiques".

Maintenant, nous pouvons voir les différents soutiens proposés aux patients.

3.3. Les différents soutiens proposés aux patients dépendants :

Il existe plusieurs types de soutiens pour les patients consommateurs de cocaïne. Dans un premier lieu, il faut que le patient veuille recevoir de l'aide. On ne peut pas le forcer à avoir de l'aide. C'est un travail de coopération entre l'équipe et le patient. D'après les témoignages, quand les personnes décident de vouloir se soigner, ils associent cette prise en charge au débit de la liberté.

Premièrement, il existe une page internet créée par le gouvernement qui s'appelle : "Drogues Info Services".²⁷ C'est une plateforme qui propose un numéro de téléphone disponible 7j/7 entre 8h et 2h. Ce numéro est anonyme et gratuit. Il existe aussi un forum pour discuter ou poser des questions sur les addictions qui ouvert 7j/7, les personnes ayant posé des questions peuvent avoir des réponses jusqu'à 0h.

Les patients peuvent se diriger vers des : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention Addictologie" (CSAPA) ou des : "Centres Médico-Psychologiques" (CMP). Ce sont des structures physiques et ambulatoires qui permettent aux patients d'avoir une prise en charge sociale, éducative, médicale mais aussi psychiatrique. En effet, les patients recommandent ce type de structures car ils font des activités afin de s'occuper et de ne pas penser à leurs addictions, ils ne voient pas leurs proches ce qui permet une rupture et de se

²⁶ Infirmière en addictologie. Référentiel 2020

²⁷ Drogues Info service.

recentrer sur eux-mêmes. Ils peuvent aussi bénéficier de thérapies familiales mais aussi individuelles. Certains patients peuvent se retrouver dans des services médicaux au vu des possibles complications que peut faire la cocaïne sur le corps (service de médecine, de psychiatrie..).

Il existe aussi des services de psychiatrie mais aussi, des services d'addictologie qu'on nomme : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Les équipes sont formées d'addictologues, et d'infirmières spécialisées en addictologie grâce ou non à leur diplôme universitaire.

IV. Méthode exploratoire :

4.1. Outil d'enquête :

Afin de pouvoir obtenir des réponses face à ma question de départ, j'ai choisi comme outil d'enquête : l'entretien semi-directif. C'est un outil basé sur une recherche qualitative. L'entretien a permis aux infirmières avec qui je me suis entretenue de pouvoir répondre ouvertement et de me raconter leurs expériences face au thème de mon sujet. Grâce à ces entretiens semi-directifs, j'ai pu récolter des informations verbales mais aussi observer le non-verbal grâce à leurs postures et leurs faciès. J'ai ainsi pu créer un climat de confiance car c'était des entretiens en présentiel et donc un réel échange constructif avec les infirmières que j'ai pu rencontrer. Mes questions étaient principalement ouvertes afin de laisser à l'infirmière le choix et la liberté de ces réponses et afin de ne pas biaiser les réponses. Mon guide d'entretien était composé de 10 questions ouvertes, en comptant la question de présentation.

4.2. Choix de la population cible :

J'ai choisi des infirmières qui travaillent dans le secteur adulte et non pédiatrique, car mon sujet porte sur les adultes et non les enfants. De plus, la situation de départ s'est déroulée dans un service adulte. J'ai choisi de m'entretenir avec trois infirmières de différents services mais là où l'addictologie est présente au quotidien mais aussi, là où sa prise en charge est différente. Le premier entretien que j'ai pu réaliser a été dans un service d'urgence d'un hôpital parisien avec une infirmière qui y travaille depuis 4 ans. Le deuxième entretien s'est déroulé dans un service de psychiatrie adulte avec une infirmière qui y exerce depuis 14 ans. Le troisième entretien a été dans un service d'addictologie adulte dans un hôpital de banlieue parisienne avec une infirmière arrivée récemment dans le service.

4.3. Limites de l'enquête :

Premièrement, une des limites que je peux citer a été de m'entretenir essentiellement avec des infirmières, en effet, je n'avais pas vraiment de préférence concernant le sexe des infirmier(ère)s avec qui je pouvais m'entretenir, mais peut-être qu'un avis masculin aurait approfondi mon analyse, d'avoir un autre point de vue.

Lors du premier entretien que j'ai pu réaliser avec l'infirmière des urgences qu'on appellera **Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)²⁸ Fraise**, les limites de l'entretien ont été : l'organisation, l'infirmière en question n'était pas au courant que je venais dans le service pour lui rendre visite. Une des deux cadres n'avait pas prévenu l'infirmière en question. J'ai attendu 30 minutes dans le service, le temps qu'elle trouve du temps à m'accorder. Une autre limite de cet entretien a été que l'entretien fut rapide (10 minutes) car le service des urgences était engorgé de patients et que par conséquent elle était pressée. Hormis, ces deux limites, mon ressenti face à cet entretien est : l'entretien fut agréable, l'entretien s'est réalisé dans une salle de réunion, au calme sans un acteur extérieur pour interrompre l'entretien. L'infirmière s'est sentie concernée par mon sujet (en effet, souffrant elle-même d'addiction). Elle était à l'aise avec mes questions.

Lors du deuxième entretien que j'ai pu réalisé avec l'infirmière en psychiatrie qu'on appellera **IDE Mangue** la limite de cet entretien a été : l'interruption de l'entretien par un médecin pour que l'infirmière aille faire ces transmissions. Hors, cette limite, l'IDE Mangue été spécialisée en psychiatrie et donc a énormément rencontré de patients addicts. Nous étions installées dans la salle de pause, d'où l'interruption de la part du médecin qui pensait que l'infirmière était en pause.

Lors du troisième entretien que j'ai pu réalisé avec l'infirmière travaillant en addictologie qu'on appellera **IDE Noix de Coco**, les limites de cet entretien ont été : l'interruption de l'entretien par son élève infirmière, mais aussi le doute qu'elle a pu ressentir face à l'enregistrement de l'entretien. En effet, elle était mal à l'aise à l'idée de se faire enregistrer alors après une réassurance elle a finalement accepté. A part ces limites, l'IDE Noix de coco semblait légèrement à l'aise, et m'a refait promettre de supprimer l'enregistrement après retranscription. L'IDE avait la voix tremblante, et bougeait énormément sur sa chaise. Nous étions installés dans une salle calme.

²⁸ IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

4.4. Analyse des données :

Après avoir récolté toutes mes données lors de mes entretiens, il faut à présent les analyser.

Je vais débiter par l'analyse phénoménologique, qui se décrit par l'expérience que l'infirmière interrogée a pu avoir, le récit de sa personne. Nous avons donc trois profils différents : le premier est celui d'une infirmière (IDE Fraise) travaillant aux urgences depuis 4 ans, qui a eu son diplôme en 2019 et qui a eu un parcours comprenant : les urgences, la suppléance et les soins intensifs chirurgicaux. Cette infirmière est particulièrement touchée par les addictions vu qu'elle en souffre mais que certains de ses proches en souffrent aussi.

Le deuxième profil est celui de l'infirmière (IDE Mangue) travaillant dans un service de psychiatrie adulte, elle est diplômée depuis 2009, et a également eu une expérience d'auxiliaire puéricultrice avant d'être infirmière. Elle a exercé dans de nombreux services comme : les urgences pédiatriques, la réanimation pédiatrique, la pédopsychiatrie mais a décidé de revenir à sa réelle passion en 2011 : la psychiatrie adulte. L'IDE Mangue est réellement passionnée par la psychiatrie car elle se projette dans un master en santé mentale. Elle a pu accompagner énormément de patients souffrant d'addictions.

Le troisième profil est une infirmière Noix de coco qui travaille en addictologie depuis maintenant 3 ans. Elle a exercé dans de nombreux services avant de s'épanouir en addictologie : elle a travaillé en hématologie, en réanimation médicale, en hospitalisation à domicile, en médecine du travail. Au vu de tous ces services, je lui ai alors demandé : mais pourquoi l'addictologie? Elle m'a répondu qu'elle ne connaissait pas ce service, qu'il était méconnu alors elle a tout simplement voulu le découvrir et exercer dans celui-ci et qu'elle l'adore.

Nous allons passer à l'analyse thématique de nos différents entretiens, pour rappeler l'analyse thématique nous permet de nous rapprocher de notre question de départ grâce à des sous-thèmes. Lors de l'élaboration de mon guide d'entretien, chaque question était reliée à un de mes concepts. Le premier concept était celui des représentations sociales : lors des entretiens, les sous-thèmes les plus récurrents ont été : la peur du jugement, la priorité du somatique contre le psychique et qu'il existe une différence de prise en charge entre des patients souffrant d'addictions et des patients sans addiction. Ensuite, lorsque je posais les questions concernant le concept de l'addiction, pour le comportement d'un patient addict : les sous-thèmes récurrents étaient l'âge : en effet les addictions englobent toutes tranches d'âges, mais aussi l'anxiété liée à l'hospitalisation. Les signes cliniques sont globalement : la

confusion et l'angoisse. Pour la question sur le dossier médical : les infirmières m'ont toutes parlé de confiance : en effet, les trois infirmières attendent du patient qu'il leur explique pourquoi ils sont venus dans leurs services. Pour finir sur le concept de relation soignant-soigné : quand je leur demandais la définition de la relation soignant-soigné avec leurs propres mots : les sous-thèmes qui sont ressortis sont les suivants : la confiance, l'écoute, la réassurance, l'aide et l'accompagnement. De plus, pour les structures d'aides : les sous-thèmes qui sont revenus sont : les CMP, les post-cures ainsi que les structures d'aides psychologiques.

Dorénavant, je vais passer à l'analyse transversale, elle repose sur le fait de comparer les différentes idées des trois infirmières que j'ai pu interroger. Nous allons commencer par le concept des représentations sociales. L'IDE Fraise explique que les personnes qui ont des conduites addictives se font énormément juger, et que par conséquent, ils ont peur de ce jugement. Or l'IDE Mangue l'aborde d'une autre façon, elle explique que les idées qui sont véhiculés sur les personnes addicts, sont des personnes qui affrontent leurs journées ou leurs soirées, que d'après les idées sociétales, ce sont des personnes qui manqueraient de courage et qu'ils consomment par pure plaisir mais aussi ce serait des personnes qui ne luttent pas et qui ne font pas d'efforts pour se détacher de cette addiction. L'IDE noix de coco, explique qu'on se concentre que sur le somatique et pas assez sur le psychique, qu'il n'y a pas beaucoup de connaissances sur les addictions et que par conséquent, les soignants ne privilégient pas ce côté à soigner. Les trois infirmières se rejoignent sur un point : les personnes souffrant d'addictions ne sont pas perçus de la même manière par certains soignants.

Pour le concept des addictions, l'IDE Fraise et l'IDE Noix de coco, expliquent les mêmes états de présentations des patients ayant des conduites addictives : ce sont des patients ayant des pupilles dilatées (yeux mydriases), des céphalées, de l'agitation ou de la confusion, des propos incohérents et énormément d'angoisse. Concernant l'IDE Mangue, elle ne m'a pas donné de présentation physique mais elle m'explique que ce sont des patients qui ont des difficultés à arrêter, et qu'il faut les prévenir sur la difficulté à arrêter, je cite l'IDE Mangue : *“Cela ne sera pas la première cure”*. Les trois infirmières m'ont dit la même tranche d'âge concernant ces patients : ce sont des patients qui ont entre 25 ans et peuvent aller jusqu'à 80 ans. L'addiction concerne tous les âges. Pour la question concernant le dossier, les trois infirmières ont le même déroulé concernant la lecture du dossier, dans un premier temps,

elles ne le lisent pas ou très peu, en effet les trois infirmières attendent que le patient se livre à elles, qu'il leur explique pourquoi il vient dans leur service et qu'elles sont ces addictions. Globalement, la notion de consommation est notée dans les différents dossiers. Les IDE Mangue et Noix de coco, se rejoignent sur le fait que la plupart du temps il y'a d'autres pathologies associées à l'addiction : comme la dépression ou la schizophrénie, qui sont notées dans le dossier de soin et qui permettent aux infirmières de mieux comprendre pour l'addiction est installée dans la vie du patient. Concernant la question sur les différences entre les patients addicts ou non : les avis sont partagés, en effet d'un côté l'IDE Fraise explique que dans son service des urgences, elle a déjà vu des différences, en effet un patient sans addiction aura directement tous les examens prescrits or un patient souffrant d'addiction, ne sera pas réellement pris au sérieux et le diagnostic reposera principalement sur son addiction. Je donne un exemple : si il est agité, c'est parce qu'il en manque de sa dose, or ça peut être toute autre chose. L'IDE Noix de coco part du principe que leurs addictions sont "normalement" pallier par un traitement et que donc il n'est pas censé avoir de différences entre les patients. Mais pour l'IDE Mangue, elle pense que certains services préféreraient avoir des patients qui ne sont pas addicts et que parfois dans certains services, l'addiction n'est pas pallier par un médicament. Les trois infirmières ont toutes un avis divergent sur ce sujet de différences entre les patients.

A présent, passons au concept sur la relation soignant-soigné : concernant le vécu, les infirmières ont raconté deux facettes de la consommation : la première facette est celle du "déli" : le patient vit très bien sa consommation, pense qu'avec une cure il est guéri ou qu'il n'a pas de notion de son état. (IDE Noix de coco et IDE fraise). La deuxième facette racontée par l'IDE Mangue est celle de l'acceptation car dans son service, les patients souffrant d'addiction arrivent dans le service par choix, ils veulent aller mieux. Pour la définition de relation soignant-soigné, comme dit précédemment dans l'analyse thématique : les infirmières ont insisté sur le même mot : confiance. Mais aussi, des mots importants dans une relation de soin comme : l'écoute, la relation d'aide et l'accompagnement. A propos de la question sur les difficultés à établir une relation de soin : il y'a deux avis, l'IDE Fraise ne ressent pas forcément de difficultés : dès qu'elle arrive à créer une relation de confiance, elle accompagne le patient pendant son hospitalisation mais elle n'hésite pas non plus à faire de la prévention sur les addictions. Pour les deux autres infirmières (Mangue et Noix de coco) : elles expliquent que cela arrive de ne pas réussir à établir de relation de soin mais que dans tous les cas il faut respecter le cadre et que si le patient n'est vraiment pas coopératif : il faut

laisser la main à une autre infirmière afin qu'elle puisse essayer d'établir une relation de soin avec ce patient. La question qui concerne les structures d'aides, les réponses sont aussi partagées : l'IDE Fraise n'en connaît pas et dans son service (des urgences), les infirmières ne redirigent pas les patients vers des structures d'aides. L'IDE Mangue explique qu'elle en connaît quelques structures d'aides comme les post-cures ou les Centres Médicaux Psychologiques (CMP) mais elle ne les rédige pas forcément vers ces structures. L'IDE Mangue redirige ces patients vers plusieurs structures qu'elle a pu me citer comme : les Hôpitaux de jour (HDJ) , les post-cures, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention Addictologie (CSAPA), ou les patients experts. Ce sont des patients qui ont vécu une addiction, qui ont réussi à se sortir de ce cercle vicieux, et qui ont donc un parcours de patient expert. Ces patients experts permettent aux autres patients d'avoir un point de vue d'une personne qui peut les comprendre car ils ont vécu la même situation qu'eux. Dans ces trois cas, le "après" hospitalisation n'est pas le même.

Et pour finir, je vais vous exposer l'analyse comparative, cette analyse a pour but de comparer les données de mes entretiens avec celle de mon cadre conceptuel. Afin de débiter cette analyse, nous allons comparer le thème des représentations sociales. En effet, comme dit précédemment, les infirmières m'ont expliqué que les patients avaient peur de se faire juger concernant leur consommation de drogues, que ces patients ressentent une réelle souffrance qui n'est pas forcément perçus par tout le monde de la même façon, certaines diront que de consommer des drogues est un manque de courage tandis que d'autres diront que c'est un manque de volonté de s'en sortir. Lors de la réalisation de mon cadre conceptuel, j'ai pu lire certains articles qui expliquaient le principe des représentations sociales, les infirmières ue j'ai pu interrogés me parlait du principe de stigmatisation sociale dont souffre les patients, pour rappel ce sont les représentations négatives qu'à la société sur les personnes qui consomment des drogues (dans notre exemple) et les infirmières m'expliquaient l'exemple du manque de courage qui est une stigmatisation sociale. Mais de plus, les infirmières quand elles exposaient le fait que parfois les personnes addicts n'étaient pas perçus de la même manière qu'un patient sans addiction, les infirmières faisaient donc référence à la stigmatisation structurelle, qui est pour rappel, par exemple quand le personnel soignant ne prend pas en compte les besoins du patient, c'est ce que me racontait l'IDE Mangue, quand elle me parlait de son ami qui était hospitalisé dans un service somatique mais que le personnel soignant n'avait pas pensé à prescrire des patch de nicotinique vu que le patient consommait du tabac. Je n'ai pas trouvé de documentations concernant la priorisation du

somatique sur le psychique, donc je ne pourrai pas comparer mon cadre théorique aux données recueillies. Mais pour résumer, pour le concept des représentations sociales, le cadre conceptuel et les entretiens ont des avis convergents.

A présent pour le concept des addictions, dans mon cadre conceptuel, grâce aux recherches, j'explique que les personnes consommant de la cocaïne se situe dans la tranche d'âge 18-44 ans, et les infirmières m'ont toutes donnés des âges qui correspondent à cette tranche donné dans le cadre conceptuel. Dans mon cadre conceptuel, j'explique que la consommation de cocaïne touche tous les milieux professionnels, ce que les infirmières m'ont confirmé lors de mes entretiens. De plus, dans mon cadre conceptuel, il est expliqué que les personnes qui consomment de la cocaïne peuvent ressentir des effet euphorisants, mais aussi de la confusion, ce que les infirmières Fraise et Noix de coco m'ont confirmé. Les infirmières ont rajouté le terme d'angoisse concernant la consommation que j'ai pu trouver concernant la prise en charge de ces patients. Concernant le dossier médical, dans mes recherches il est expliqué que les antécédents du patient sont censés être rapportés dans le dossier de soin, ce que les infirmières m'ont confirmé, la notion de consommation est inscrite dedans, après bien évidemment, les trois infirmières attendent que le patient explique la raison de leurs venus dans leurs services, mais la notion de consommation est bien inscrite comme le demande le conseil national de l'ordre des médecins. En résumé, les données concernant le concept de l'addiction sont convergentes.

Concernant le vécu, lors de mon cadre conceptuel, j'explique deux visions du vécu pour un consommateur : le premier vécu dénonce le fait que la cocaïne isole le consommateur socialement mais aussi de sa famille. Mais que aussi, la cocaïne détruit tout, ce que m'expliquait l'IDE Noix de coco. Elle me racontait qu'un de ces patients repense à sa consommation d'héroïne à chaque fois qu'il voit une aiguille. L'IDE Mangue m'expliquait que certains patients se rendent compte de leur consommation et de leur isolement et qu'ils choisissent de se faire aider en hospitalisation. Le deuxième vécu que j'expliquais dans mon cadre conceptuel et que les IDE Fraise et Noix de coco ont confirmé est le déni : certains patients préfèrent être dans le déni de leur consommation et même parfois de banaliser la consommation en expliquant qu'avec une cure de désintoxication le problème sera réglé. Encore une fois, le cadre conceptuel et les entretiens ont des données similaires.

Pour le concept de relation soignant-soigné : les IDE m'ont parlé de confiance, d'écoute, du principe de non-jugement, de relation d'aide et d'accompagnement. Lors de la réalisation de

mon cadre conceptuel, je me suis appuyé de l'auteur Alexandre MANOUKIAN qui expliquait que la relation soignant soigné repose sur une rencontre entre deux personnes : donc un soignant et un soigné. Mais je me suis aussi appuyé sur l'encyclopédie des soins infirmiers qui explique que cette relation a besoin d'un engagement du professionnel, une objectivité et de la disponibilité. Pour le cas de l'engagement professionnel les infirmières faisaient référence à cet accompagnement, à l'écoute. Pour l'objectivité, nous pouvons comparer cela au respect du non-jugement sur la consommation. Pour finir, pour la disponibilité, le fait d'être à l'écoute et de faire comprendre au patient qu'ils peuvent nous faire comprendre. Pour cette comparaison, les mots utilisés par les infirmières et le cadre conceptuel ne sont pas les mêmes mais se rejoignent dans leurs sens. De plus, pour la prise en charge infirmière : j'explique dans mon cadre conceptuel que chacune des phases de consommation à sa prise en charge infirmière : pour la lune de miel c'est la prévention et ce c'est ce que l'IDE Fraise réalise dans son service des urgences, de la prévention sur les risques de la consommation de drogue. Elle réalise énormément d'accompagnement, finalement en règle générale lors de mes entretiens, les trois infirmières m'expliquaient qu'elles accompagnaient énormément leurs patients addicts. Concernant, les autres phases de consommation comme la gestion du manque ou l'échec de la drogue, les patients se font hospitaliser pour traiter cette addiction (comme dans le service de psychiatrie de l'IDE Mangue ou en addictologie, le service de l'IDE noix de coco). Pour ce qui est des difficultés à établir des relations de confiance, les trois infirmières m'ont raconté que ça leur est déjà arrivé mais qu'elles ont passé le relai. Cette donnée est concordante avec mon cadre conceptuel, en effet j'ai pu trouvé que quand la relation de confiance est rompu ou impossible il faut passer le relai. Ainsi, pour finir cette analyse comparative, nous allons parler de la prise en charge après l'hospitalisation. Les avis sont partagés, comme je le disais lors de l'analyse transversale, lorsque l'IDE Mangue et noix de coco m'ont parlé de structures d'aides, elles faisaient référence aussi à mon cadre conceptuel, en effet elles m'ont parlé de Centres médico psychologiques, de SCAPA. Par contre, les IDE ne m'ont pas parlé des numéros d'aides concernant les addictions, ou même de l'équipe de liaison d'addiction.

4.5. Synthèse des résultats :

Les représentations sociales envers les patients toxicomanes sont diverses, en effet d'après les infirmières, ces patients ne sont pas perçus de la même manière par tous les soignants, et parfois les soignants considèrent ces patients comme des personnes ayant un manque de

courage face à leurs addictions. De plus, la prise en charge infirmière a parfois tendance à prioriser le somatique que le psychique. Les patients qui consomment des substances psychoactives ont plus tendance à se faire juger qu'un patient sans addiction d'après les infirmières.

Les addictions touchent toutes types de personnes et n'est pas ciblé sur une catégorie socio-professionnelle. La guérison de cette pathologie est un long chemin, qui comprend plusieurs cures. Mais aussi que cette guérison engendre des changements d'habitudes : comme ne plus contacter le dealer, ou ne pas s'arrêter au bar si le patient est alcoolique. La confiance est un élément essentiel dans cette relation soignant-soigné.

Comme dit lors des analyses, le patient peut très bien vivre son addiction et voire même être dans le déni, comme un mécanisme de défense à sa souffrance interne. Ou alors, très mal le vivre et avoir des traumatismes et des souvenirs forts face à cette consommation. Chaque patient et chaque parcours est différent, et le plus important dans cette relation soignant-soigné est de ne pas juger le patient, ne plus juger son histoire et de lui accorder de la confiance afin qu'il se sente en sécurité. Parfois, la relation est compliquée à établir face aux symptômes de l'addiction (confusion, irritabilité) mais il faut savoir passer le relai.

Pour ces patients, ils ne sont pas seuls, l'équipe médicale et paramédicale sont dans la mesure de l'aider, mais il existe énormément de structures annexes qui peuvent venir en aide ou même les écouter et les guider vers la guérison. Je pense notamment au CMP ou même au CSAPA. Et si le fait de se déplacer est une très grosse épreuve pour ces patients, il existe des numéros anonymes 7 jours sur 7.

V. Conclusion :

Pour conclure ce travail de fin d'étude, ce mémoire m'a beaucoup appris sur les différentes représentations sociales et l'addiction en général. Grâce à ce travail de recherche, notamment l'étude des concepts de représentations sociales, les addictions et la relation soignant-soigné mais aussi grâce aux entretiens avec les différentes professionnelles, j'ai pu mieux comprendre la complexité et les enjeux de cette prise en charge infirmière. Grâce à ce travail je pourrai moi-même lors de mes futures postes, peu importe le service, être apte à créer des relations d'aide avec ces patients. Je connaîtrai les principes fondamentaux d'une relation de soignant-soigné et je pourrais les transposer sur mes futurs patients à charge.

Il est donc essentiel que nous, les futur(e)s infirmier(e)s, ou même infirmier(e), ayons des connaissances fondamentales sur les addictions, afin de mieux les prendre en charge. Mais il est aussi essentiel de savoir se remettre en question et de questionner sur ses propres représentations sociales.

Malheureusement, parfois, ces patients sont victimes de stigmatisation et la prise en charge infirmière devient complexe, il est donc impératif qu'en tant que soignants d'être dans le non-jugement, dans l'accompagnement afin de former une alliance thérapeutique. C'est pour cela, que ma question d'ouverture est la suivante : "Quelles sont les répercussions des représentations sociales sur les patients consommateurs de substances psychoactives dans le milieu du soin?"

VI. Bibliographie :

Ouvrages :

MANOUKIAN, Alexandre. “*La relation soignant-soigné*”. 4ème édition. Année de parution : 2014. Nombre de pages : 352. Page consultée : n°5. ISBN : 978-2-7573-0753-3. [Consulté le 13 décembre 2024]. Note de bas de page : 21

POTIER. “*Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers.*” Date de parution : 20 novembre 2002. Éditeur : LAMARRE. Nombre de pages : 363. Page : n°281 utilisée. ISBN : 978-2-85030-703-4. [Consulté le 13 décembre 2024]. Note de bas de page : 23

Sitographie :

FISHER. “Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale” [en ligne]. [Consulté le 30 mars 2025]. Note de bas de page : 1.

Disponible à l’adresse :

[https://psyaanalyse.com/pdf/LES%20CONCEPTS%20%20DE%20LA%20PSYCHOLOGI%20SOCIALE%20\(22%20Pages%20-%20242%20Ko\).pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/LES%20CONCEPTS%20%20DE%20LA%20PSYCHOLOGI%20SOCIALE%20(22%20Pages%20-%20242%20Ko).pdf)

BURIN. “*Serge Moscovici et l’étude des représentations sociales*”[en ligne]. RSE Magazine. Date de publication : 16 avril 2023. [Consulté le 18 décembre 2024]. Note de bas de page : 2

Disponible à l’adresse :

https://www.rse-magazine.com/serge-moscovici-et-letude-des-representations-sociales/#google_vignette

BUSCHINI et LORENZI-CIOLDI. “*Représentations sociales*”. [en ligne]. HAL Open science. Date de publication : 22 novembre 2023. [Consulté le 29 mars 2025]. Note de bas de page : 3

Disponible à l’adresse :

<https://hal.science/hal-04301094/document>

Gouvernement du Canada. “*Stigmatisation de la consommation de drogues*”. [en ligne]. Date de publication : 22 avril 2024. [Consulté le 09 avril 2025]. Note de bas de page : 4.

Disponible à l’adresse :

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/stigmatisation.html>

HIRON Charlotte. “Ateliers de sensibilisation aux addictions : comment être réellement efficace?” [en ligne]. G.A.E Conseil. Année de publication : 2025. [Consulté le 21 avril 2025]. Note de bas de page : 5

Disponible à l’adresse :

<https://gaeconseil.fr/ateliers-de-sensibilisation-aux-addictions-comment-etre-reellement-efficace/#:~:text=Les%20repr%C3%A9sentations%20sociales%20des%20addictions,de%20volont%C3%A9%20ou%20un%20vice.>

Préfète de la Savoie. “5 idées reçues sur la cocaïne”. [En ligne]. Date de mise à jour : 11 novembre 2025. [Consulté le 27 avril 2025]. Note de bas de page : 6.

Disponible à l’adresse :

<https://www.savoie.gouv.fr/Actualites/Actualites/5-idees-recues-sur-la-cocaine>

BENYAMINA. “Addictions, du plaisir à la dépendance”[en ligne]. INSERM. Date de publication : 29 mai 2019. Date de modification : 11 septembre 2023. [Consulté le 18 décembre 2024]. Note de bas de page : 7

Disponible à l’adresse :

<https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>

Code de la Santé publique. ART. L. 3342-1, L. 3342-3 [Consulté le 28 mars 2025]. Note de bas de page : 8

Disponible à l’adresse :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Vente_sur_place_HD.pdf

Code de la Santé Publique. Loi n°2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. LégiFrance. Date de mise en vigueur : 31 juillet 2003. [Consulté le 25 mars 2025.]. Note de bas de page : 9

Disponible à l’adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000606479/#:~:text=3511%2D2%2D1. II.>

Code de la Santé publique. Article L3421-1 (loi sur les stupéfiants). Légifrance. Date de mise en vigueur : 10 avril 2021. [Consulté le 25 mars 2025]. Note de bas de page : 10

Disponible à l'adresse :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043343299

MILDECA. “*Qu'est ce qu'une addiction?*”. [en ligne]. Année de publication : 2015. [Consulté le 1 avril 2025]. Note de bas de page : 11

Disponible à l'adresse :

<https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>

MILDECA. “*L'essentiel sur la cocaïne : une diffusion en progression, des risques méconnus*” [en ligne]. Année de publication : Janvier 2023. [Consulté le 15 mars 2025]. Note de bas de page : 12

Disponible à l'adresse :

<https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-sur-la-cocaine-une-diffusion-en-progression-des-risques-meconnus>

Association Addictions France. “*Drogues et addictions, chiffres clés 2025*”. Date de publication : 17 janvier 2025. [Consulté le 25 mars 2025]. Note de bas de page : 13

Disponible à l'adresse :

<https://addictions-france.org/actualites/drogues-et-addictions-chiffres-cles-2025-1145>

Euda Europa. “*Cocaïne - la situation actuelle en Europe.*”. Date de publication : 11 juin 2024. [Consulté le 25 mars 2025]. Note de bas de page : 14

Disponible à l'adresse :

https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/cocaine_fr

Solène AGNES. “*Age, sexe, métier, région... Quel est le profil type du consommateur de cocaïne en France ?*”. Ouest-France. Date de publication : 01 octobre 2023. [Consulté le 24 mars 2025]. Note de bas de page : 15

Disponible à l'adresse :

<https://www.ouest-france.fr/societe/drogue/age-sexe-metier-region-quel-est-le-profil-type-du-consommateur-de-cocaine-en-france-15789552-55f9-11ee-aab6-4085e5fd9724>

The Balance. “*L’addiction à la cocaïne*”. [en ligne]. Année de publication : 2025. [Consulté le 27 avril 2025]. Note de bas de page : 16

Disponible à l’adresse :

<https://balancerehabclinic.fr/laddiction-a-la-cocaine/>

Addict’Aide. “*Cocaïne au travail : le témoignage du Rémi, professionnel de la restauration*”. Date de publication : 01 juillet 2024. [Consulté le 30 mars 2025]. Note de bas de page : 17

Disponible à l’adresse :

<https://www.addictaide.fr/pro/mag/cocaine-au-travail-le-temoignage-de-remi-professionnel-de-la-restauration/>

GALANOPOULO. “*L’addiction n’est pas gravée dans notre cerveau*” [en ligne]. CNRS Journal. Date de publication : 23 octobre 2023. [Consulté le 18 décembre 2024]. Note de bas de page : 18.

Disponible à l’adresse :

<https://lejournel.cnrs.fr/articles/laddiction-nest-pas-gravee-dans-notre-cerveau>

France info. “*Il n’y avait aucune notion de fête, c’était devenu machinal : de plus en plus de Français ont déjà consommé de la cocaïne*”. Date de publication : 27 juin 2024. [Consulté le 30 mars 2025]. Note de bas de page : 19

Disponible à l’adresse :

https://www.francetvinfo.fr/sante/drogue-addictions/cocaine/e-plus-en-plus-de-francais-consommation-de-la-cocaine_6627666.html

Ker&Co. “*Le déni face à l’addiction*”. [en ligne]. Année de publication : 2025. [Consulté le 27 avril 2025]. Note de bas de page : 20

Disponible à l’adresse :

<https://www.ker-co.fr/le-deni-face-a-laddiction/>

Bibliographie d’Alexandre Manoukian. [En ligne]. Année de parution : 2024. [Consulté le 16 décembre 2024]. Note de bas de page : 22

Disponible à l’adresse :

<https://www.babelio.com/auteur/Alexandre-Manoukian/320724>

Y.JAOUEN. “*Les difficultés liées à la prise en charge du patient toxicomane aux urgences*” · [En ligne]. Année de parution : 2015. [Consulté le 1 mai 2025].

Disponible à l’adresse :

https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/116.pdf

Conseil National de l’Ordre des médecins. “Le point sur le dossier du patient”. Dernière mise à jour : 9 mai 2022. [Consulté le 30 avril 2025]. Note de bas de page : 24.

Disponible à l’adresse :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/dossier-patient>

Code de la Santé publique. Article R4312-3. [En ligne]. Date de parution : 25 novembre 2016. Mise en vigueur : 28 avril 2025. [Consulté le 18 avril 2025]. Note de bas de page : 25

Disponible à l’adresse :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/#:~:text=L'infirmier%2C%20au%20service%20de,s'imposer%20apr%C3%A8s%20la%20mort.

Référentiel 2020. “*Infirmière en addictologie.*” [En ligne] Année de parution : 2020. [Consulté le 19 avril 2025]. Note de bas de page : 26

Disponible à l’adresse :

<https://sfalcoologie.fr/wp-content/uploads/Referentiel-IDE-2020.pdf>

Ministère des sports de la jeunesse et de la vie associative. “*Drogues info service à vos côtés 7j/7 de 8h à 2h*”. Date de publication : 11 août 2022. [Consulté le 30 mars 2025]. Note de bas de page : 27.

Disponible à l’adresse :

<https://www.jeunes.gouv.fr/drogues-info-service-vos-cotes-7j7-de-8h-2h-418#:~:text=Constitu%C3%A9%20d'une%20%C3%A9quipe%20form%C3%A9e,0%20800%2023%2013%2013>
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/suivi>

Vidéographie :

Addict’Aide. “*Ils s’en sont sortis : l’histoire d’Albert Caporossi*”. Date de publication : 15 décembre 2017. [Consulté le 31 mars 2025]. Note de bas de page 19

Disponible à l'adresse :

<https://www.addictaide.fr/video/addictaide-il-sen-sont-sortis-lhistoire-dalbert-caporossi/>

Addict'aide. “*Drogues / Paroles de toxicomanes*”. Date de publication : 06 août 2016.

[Consulté le 31 mars 2025]. Note de bas de page : 19

Disponible à l'adresse :

<https://www.addictaide.fr/video/paroles-de-toxicomanes/>

20 minutes France. Témoignage de Gabriel. “*Addict à la cocaïne à 19 ans, Gabriel se confie sur sa dépendance*”. Date de publication : 24 mai 2023. [Consulté le 29 mars 2025].

Note de bas de page : 19

Disponible à l'adresse :

<https://www.youtube.com/watch?v=B6tJMrRsn3Q>

VII. Annexes :

Annexe 1 : Guide d'entretien :

Bonjour, je m'appelle RODRIGUEZ Anaïs, je suis étudiante infirmière en 3ème année en soins infirmiers. J'interviens dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude sur les addictions. Pour cela, je mène une enquête qualitative pour rechercher des informations sur mon sujet en complément de mon cadre conceptuel. Cet entretien est anonyme et sera enregistré si cela vous convient, je m'engage à supprimer l'enregistrement après la retranscription. La durée approximative de l'entretien est d'environ 30 à 40 minutes. Je vous remercie de votre disponibilité, avez-vous des questions avant de commencer ?

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter?

- Question de relance : Quel est votre parcours professionnel ? (Types de services et combien de temps ?) / Depuis quand êtes-vous infirmières ? / Depuis combien de temps êtes-vous dans le service ?

Question 2 : Selon vous, quelles images / perceptions circulent dans le milieu infirmier au sujet des patients ayant des conduites addictives ?

- Question de relance : Idées positives comme négatives. Quand vous savez que c'est une personne addictée, que vous dites-vous ?

Question 3 : Pensez-vous que ces patients sont perçus de la même manière qu'un patient sans addiction par les soignants ?

- Question de relance : A-t-il des différences d'avis de prise en charge ?

Question 4 : Pouvez-vous me décrire le comportement d'une personne ayant des conduites addictives ?

- Questions de relance : Présente-t-il des craving ? (besoin irrépressible de consommer la substance?) / Présente-t-il une perte de contrôle, le patient est-il isolé socialement ? / Comment se présente-t-il physiquement ?

Question 5 : Quand vous prenez en charge un patient, quelles informations de son dossier utilisez-vous pour prendre en charge son addiction ?

- Question de relance : Avez-vous des notions de consommation dans le dossier de soins ? (Quel type d'addiction : cigarettes, alcool, drogues?) SI OUI, que faites-vous de cette information ?

Question 6 : Avez-vous observé des différences entre la prise en charge d'un patient avec une addiction et celle d'un autre patient ?

- Question de relance : Est-ce que l'écoute est différente ? / Est-ce que l'interprétation de la douleur est différente ? / Que ce soit dans votre poste actuel ou dans vos anciens postes ?

Question 7 : Pouvez-vous me raconter le vécu des patients consommateurs de drogues ? en respectant l'anonymat

- Question de relance : Pouvez-vous m'expliquer le cas d'un patient qui consommait des drogues ? / Comment le vivait-il ?

Question 8 : Pouvez-vous me donner une définition à partir de vos propres mots d'une relation soignant-soigné ?

- Question de relance : A chaque mots-clés : pouvez-vous me dire pourquoi ?

Question 9 : Avez-vous déjà ressenti des difficultés à établir une relation avec ces patients ?

- Question de relance : Comment les avez-vous surmontées ?

Question 10 : A la fin d'une hospitalisation, rédigez-vous les patients vers des structures d'aides ou de soutien psychologiques ?

- Question de relance : Lesquelles ? / Pourquoi ces structures ?

Annexe 2 : Retranscription de l'entretien avec IDE Fraise :

Anaïs : “Bonjour, je m'appelle RODRIGUEZ Anaïs, je suis étudiante infirmière en 3ème année en soins infirmiers. J'interviens dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude sur les addictions. Pour cela, je mène une enquête qualitative pour rechercher des informations sur mon sujet en complément de mon cadre conceptuel. Cet entretien est anonyme et sera enregistré si cela vous convient, je m'engage à supprimer l'enregistrement après la retranscription. La durée approximative de l'entretien est d'environ 30 à 40 minutes. Je vous remercie de votre disponibilité, avez-vous des questions avant de commencer ?”

IDE Fraise : “Non c'est bon !” avec un sourire.

Anaïs : “Ok parfait, alors première question : Pouvez-vous vous présenter” :

IDE Fraise : “Moi je m'appelle IDE Fraise ducoup, je suis infirmière aux urgences depuis 4 ans et ça fait 6 ans que je suis diplômée.”

Anaïs : “Ok vous avez fait quoi comme service ?”

IDE Fraise : “Je suis passée en soins intensifs de chir, et puis un peu de pool et les urgences.”

Anaïs : “Super, donc selon vous quelles images / perceptions circulent dans le milieu infirmier au sujet des patients ayant des conduites addictives.”

IDE Fraise : “Beaucoup de jugement, en vrai on a tous des conduites addictives qui sont plutôt bonnes ou mauvaises, que ce soit dans nos vies quotidiennes ou ailleurs, mais beaucoup de jugement notamment par rapport aux drogues et à l'alcool.” en évitant mon regard.

Anaïs : “Et est-ce que vous avez des signes qui montrent qu'une personne a des conduites addictives”

IDE Fraise : “Bah y'a des signes cliniques qu'on apprend à repérer mais dont faut se méfier notamment aux urgences parce que ça peut être complètement autre chose ou pas. Euh, mais le jugement peut nous faire faire des erreurs. Faut vraiment se méfier, de base on est pas censé juger, notamment aux antidouleurs je dirai, ça peut nous permettre de juger encore une fois, carrément de douter sur la sincérité d'un patient, ça c'est un peu embêtant.” Rigole de nervosité

Anaïs : “Est-ce vous pensez que ces patients sont perçus de la même manière qu'un patient sans addiction par les soignants?”

IDE Fraise : “Non, fin moi personnellement, je, je pour moi c'est la même chose, et ayant aussi eu des comportements addictifs au lycée, notamment euh.. pour moi c'est la même chose. Ce sont des patients lambda, qui ne faut pas juger. Après on peut observer autour de nous des, des attitudes différentes par des collègues, oui”

Anaïs : “Ducoup je reviens à une ancienne question, pouvez-vous me décrire un comportement d’une personne ayant des conduites addictives ?”

IDE Fraise : “Euh, alors, ça peut être l’état des pupilles, ça peut être de la somnolence, de l’agitation, de la confusion, des propos incohérents”

Anaïs : “Et physiquement ?”

IDE Fraise : “Alors ça s’est plus sur les gros consommateurs de longue date au niveau de la peau, des mains et de la bouche, s’ils s’injectent ou pas, ça dépend.”

Anaïs : “Et ils ont quel âge à peu près?”

IDE Fraise : “C’est variable mais c’est plus entre 25 et 50 ans”

Anaïs : “Quand vous prenez en charge un patient, quelles informations de son dossier utilisez-vous pour prendre en charge son addiction ?”

IDE Fraise : “On va regarder si y’a un suivi, si euh si il a été honnête ou pas, de peur qu’on le juge, souvent ils sont pas honnêtes, ou alors je leur pose la question vu que je n’ai pas beaucoup de filtres (rigole), je leurs parle directement après faut bien les rassurer et leurs dire qu’on n’est pas dans le jugement mais qu’on n’est pas dans la police, ce n’est pas notre métier, nous on est là pour les aider.”

Anaïs : “Donc la plupart du temps vous avez des notions de consommations dans le dossier”.

IDE Fraise : “Souvent oui, ils sont assez honnêtes, après c’est pour leur santé c’est dans leur intérêts.”

Anaïs : “Est-ce que vous avez déjà observé des différences entre la prise en charge d’un patient avec une addiction et celle d’un autre patient ?”.

IDE Fraise : “Oui”

Anaïs : “Est-ce que vous pouvez me raconter peut-être”

IDE Fraise : “Oui, bah typiquement ceux qui consomment du cannabis, par exemple un patient qui vient pour douleurs abdos et qui fume du cannabis, va directement être mis sous la douche alors qu’un patient lambda aurait eu probablement des examens urinaires, des examens sanguins et puis vraiment en dernier recours si ça fonctionne pas une douche. Là à l’inverse on va commencer le traitement dans l’autre sens alors que, fin pourquoi en fait” (rigole et lève les yeux au ciel)

Anaïs : “Et est-ce que vous pensez que l’écoute est différente au niveau des symptômes ?”

IDE Fraise : “Je ne pense pas, après fin, on nous apprend et on nous demande normalement de ne pas juger mais encore une fois c’est vraiment difficile pour tout le monde, fin tout le monde n’arrive pas à faire ça. mais je dirai que non.”

Anaïs : “Pouvez- vous me raconter le vécu des patients consommateurs de drogues ? en respectant l'anonymat?”

IDE Fraise : “Mmh, on a souvent un patient psy qui vient très souvent pour consommation de drogues, et euh qui le vit très bien, qui ne voit pas les dangers, ni les risques et je n’ai pas l’impression qu’il se rend compte de son état, étant donné qu’on le voit assez régulièrement après il a un métier qui veut que (restaurateur) Mais.. c’est quelqu’un qui me marque parce qu’on le voit assez régulièrement dans des états assez catastrophiques et trop régulièrement, ça s’est frustrant parce qu’on a l’impression de ne pas l’aider.”

Anaïs : “Ensuite, est-ce que vous pouvez me donner une définition à partir de vos propres mots d’une relation soignant-soigné?”

IDE Fraise : (Soupire, et rigole) : “Euh, moi je dirai que ça commence par un lien de confiance, d’être à l’écoute, de ne pas juger pour pouvoir installer une relation de confiance et qui puisse s’exprimer vraiment complètement sans, sans cacher des choses ou qu’il puisse juste s’exprimer complètement.”

Anaïs : “Est-ce que vous avez déjà ressenti des difficultés à établir une relation avec ces patients ?”

IDE Fraise : “Moh, aux urgences ça arrive pas très souvent, après on est pas, moi je pars du principe que si le patient n’a pas envie de se sevrer, on est pas là pour ça, donc on doit accepter le fait qu’il consomme des substances, on est pas là pour le juger encore une fois, il faut quand même faire avec, on va pas le forcer parce que dans tous les cas, ça va le mettre dans un état encore pire, donc autant l’accompagner, faire de la prévention à ce moment là plus que d’obliger à sevrer quelque chose dont il a pas envie.”

Anaïs : “Donc là plus part du temps, vous arrivez à créer des relations’

IDE Fraise : “Oui.”

Anaïs : “Ducoup, dernière question, A la fin d’une hospitalisation, rédigez-vous le patient vers des structures d’aides ou de soutien psychologique ?”

IDE Fraise : “Aux urgences, nous non, sauf si vraiment ils viennent, y’en a des demandes sevrages etc, mais à part à leurs demandes, vraiment, et ça et encore ils vont être hospitalisés en général et c’est les services d’après qui vont faire ce travail là mais ça arrive très rarement chez nous”

Anaïs : “Donc vous en parlez pas du tout des structures d’aides”

IDE Fraise : “Non pas du tout, mmh”

Anaïs : “Et est-ce vous connaissez des structures vers lesquelles vous pouvez les renvoyer?”

IDE Fraise : “Oula, pas beaucoup, (rigole) je devrais peut-être les apprendre”

Anaïs : “Ah ah, oui ça peut toujours servir, merci d'avoir répondu à mes questions, l'entretien est terminé”

IDE Fraise : “Merci à toi.”

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien avec IDE Mangue :

Anaïs : “Bonjour, je m'appelle RODRIGUEZ Anaïs, je suis étudiante infirmière en 3ème année en soins infirmiers. J'interviens dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude sur les addictions. Pour cela, je mène une enquête qualitative pour rechercher des informations sur mon sujet en complément de mon cadre conceptuel. Cet entretien est anonyme et sera enregistré si cela vous convient, je m'engage à supprimer l'enregistrement après la retranscription. La durée approximative de l'entretien est d'environ 30 à 40 minutes. Je vous remercie de votre disponibilité, avez-vous des questions avant de commencer ?”

IDE Mangue : “Non c'est bon”.

Anaïs : “Ok parfait, alors première question : Pouvez-vous vous présenter” :

IDE Mangue : “Moi je suis IDE Mangue, infirmière depuis 2009, je suis en psychiatrie depuis 2011”.

Anaïs : “Est-ce que vous avez fait d'autres services avant ?

IDE Mangue : “Je suis auxiliaire de puériculture de formation, j'ai fais de la pédopsychiatrie avant mes études d'infirmière, de 2006-2009 j'ai fais mes études d'infirmières après je suis sortie, j'ai fais de la réa, des urgences péd, et je suis revenue à ma passion qui est la psychiatrie en 2011. Donc j'y suis depuis, et j'attend ma réponse pour faire mon master en santé mentale.”

(interruption du médecin pour les transmissions)

Reprise de l'entretien :

IDE Mangue : “Désolé, tu peux reprendre.”

Anaïs : “Pas de soucis, selon vous quelles images / perceptions circulent dans le milieu infirmier au sujet des patients ayant des conduites addictives.”

IDE Mangue : “Euh... alors pour les patients qui arrivent aux urgences en état d'ivresse c'est pas forcément ce que mes collègues préfèrent, en fait, y'a beaucoup de jugement de valeurs, la peur ou autres. Après en ce qui me concerne euh, à part, des grandes fêtes ou les gens vont arriver ivres, voilà ceux qui ont un problème d'addiction c'est vraiment une souffrance pour eux, parce que pour moi, personne ne boit des quantités importantes par plaisir. C'est euh.. généralement des patients où ils faut qu'on creuse pourquoi ils ont commencé à consommer, et c'est ce que je dis aux étudiants c'est interrogez-vous à quel moment ils consomment le plus, si c'est le matin c'est pour affronter la journée et si c'est le soir pour affronter la nuit et euh.. c'est deux côtés, voilà après qu'on me prouve le contraire qu'on boit une bouteille de whisky par plaisir le matin, je ne pense pas ! Ils ont peur d'être jugés tout simplement (rigole tout en jouant avec sa tasse de café)

Anaïs : “Est-ce vous pensez que ces patients sont perçus de la même manière qu’un patient sans addiction par les soignants?”

IDE Mangué : “Euh, pff, je ne dirai que non, les patients qui souffrent de dépression parce que desfois, les patients qui a des addictions surtout à l'alcool peuvent être dépressifs, on va mieux comprendre la patho, parce qu’un patient dépressif qui va arriver tout court que le patient qui arrive en dépression et qui a de l’addiction. Euh, je dirai que, alors, quand on s’interroge pas pourquoi il a consommé, et le jugement de valeurs du soignant ça va être “il ne lutte pas beaucoup, il ne fait pas beaucoup d’efforts” sauf que quand on vit une pathologie comme la dépression, que tu ne veux ou pas comprendre qu'est ce qui t’arrive à ce moment-là, de fait tu vas essayer de combler ce trou par un autre trou et c’est vrai que c’est compliqué pour le soignant, l’addiction en général c’est compliqué parce que les gens pensent que c’est un manque de courage sauf qu'en fait tu consommes pas par plaisir et tu consommes par habitude au bout d’un moment et que du fait tu peux augmenter ta quantité parce qu’il t’en faudra toujours plus, pour aller un peu mieux, c’est ça la difficulté et puis des fois c’est des pathologies qu’on découvre qui sont beaucoup plus lourdes que la dépression ça peut être la schizophrénie, quand tu veux tuer la petit voix avec l’addiction, euh avec des produits plus ou moins grave sur la santé, en sachant que l'alcool la drogue la plus dure à se détacher.

Anaïs : “Pouvez-vous me décrire un comportement d’une personne ayant des conduites addictives ?”

IDE Mangué : “C’est des patients qui peuvent, nous en hospitalisation, c’est des patients qui viennent pour faire des sevrages, moi d’emblée, ma façon de faire quand je les prend, c’est de leur dire que le sens interdit, ils vont le prendre, je crois que y’a pas un hôpital de l’APHP qui n’est pas entouré de je en sais pas combien de bars autour donc bon déjà quand tu es addict à l’alcool, je ne sais pas comment on fait pour résister quand tu as au moins 4 ou 5 bars à l’entrée principale et autant à l’arrière, de se dire je vais passer devant un bar sans m’y arrêter, sans consommer ce que j’aimais consommer, je pense que c’est une volonté de faire. Et je ne suis pas sûre que si on avait ces addictions on supporterait de passer devant, donc oui je pense qu’il faut relativiser les choses, on sait que c’est complexe un sevrage, c’est déjà un courage et un premier pas vers quelque chose, moi je dis d’emblée, que ce n’est pas le premier sevrage, il y’en aura d’autre. Parce que ça ne sert à rien de dire au patient et ça sert à rien en tant que soignant de dire qu’à la première cure ils vont guérir de leurs addictions. A part le patient qui va avoir un injonction de soin par ces employeurs, il faut changer ces habitudes, quand tu consommes de la drogue, et changer, quand tu rentres chez toi, changer de numéro de téléphone pour ne pas être appeler par les dealers, il faut tellement changer de

choses c'est travailler sur un cheminement. Je dirai que ça fait partie des pathologies qui faut accepter de ne pas avoir la solution tout de suite”

Anaïs : “Et physiquement, comment ils se présentent ?”

IDE Mangue : “Alors physiquement, bah y’a des patients entre 30 et 50 ans, , qui vont prendre le dernier verre avant de rentrer, ça c’est un peu classique (souris) après y’a le respect du cadre, qu’on a sur certains sites hospitaliers, euh, y’a eu aussi parfois la honte, d’arriver dans cet état là, parce que généralement, c’est des patients qui vont pas bien, qui sont anxieux, après le sevrage en lui même, tout le produit est sevré en 7 jours, sauf que le travail ne fait que de commencer. Après euh, de fait c’est des patients qui sont un peu surveiller, pour le sevrage, on utilise Cushman et tout ça qui sont des échelles de sédation. Après parfois y’a des fois des patients qui vont bien, qui pendant les deux premiers jours ça va être compliqué mais après ça va aller de mieux en mieux.”

Anaïs : “Quand vous prenez en charge un patient, quelles informations de son dossier utilisez-vous pour prendre en charge son addiction ?”

IDE Mangue : “Moi je m’arrête, en ce qui me concerne, je m’arrête à qu’il vient pour un sevrage”

Anaïs : “Vous ne lisez pas ces antécédents ?”

IDE Mangue : “Je ne lis pas forcément alors, après nous on a des patients qui reviennent souvent donc, on les connaît, on sait pourquoi ils viennent, après moi, je pense que c’est aussi une confiance à établir avec le patient, de fait on ira lire le dossier après vu qu’on fait nos transmissions et les macrocibles, on fait tout ça, donc de fait on lira le dossier. Moi j’attend qu’il me dise pourquoi il vient en fait il vient pour un sevrage, et qu’elles sont ces difficultés”.

Anaïs : “Est-ce que vous avez déjà observé des différences entre la prise en charge d’un patient avec une addiction et celle d’un autre patient ?”.

IDE Mangue : “Moi je les prends de la même façon”.

Anaïs : “Et quand vous étiez étudiante ? Ou dans un autre service ?”

IDE Mangue : “Bah étudiante, j’étais étudiant infirmière avec un passé d’auxiliaire donc déjà enfin, voilà je savais déjà ce que c’était l’addiction, j’avais moins d’appréhension en fait, on va dire sur la pathologie telle que l’addiction, après euh moi je dis que c’est un patient comme un autre etc c’est un patient qui a besoin d’aide, moi je n’ai pas d’appréhension, après oui y’a des collègues qui préfèrent ne pas prendre en charge ces patients, même aux urg qui préfèrent d’autres pathologies que l’addition ou autre. Après ils ont en plus souvent que nous, mais dans des états pas possibles. J’ai un ami qui a été hospitalisé en chirurgie digestive,

c'était un très grand fumeur, et les infirmiers ne lui ont même pas donné un patch pour la nicotine et mon ami n'osait pas dire qu'il suffirait de ne pas fumer, alors j'ai dû leur dire. Ils ont préféré l'enfermer (fait les guillemets avec ses doigts) dans son lit alors que pour lui c'était atroce."

Anaïs : "Pouvez- vous me raconter le vécu des patients consommateurs de drogues ? en respectant l'anonymat?"

IDE Mangué : "Nous on a des patients, nous on en a un qui consommait, qui allait consommer la nuit mais à part ça, après l'addiction, on a eu des patients, c'était l'effet de groupe qui remontaient avec des 4 grammes d'alcool en une journée, mais parce qu'ils étaient tous ensemble, voilà on avait une fourchette de 4-5 patients qui venaient pour les mêmes symptômes et de fait l'addiction était un peu compliquée, le sevrage était compliqué à mettre en place après avec la remise du cadre, ça allait mieux mais nous ça se passe plutôt bien, on a pas de patients qui viennent avec une consommation de drogues lourdes".

Anaïs : "Et ils vivent bien l'hospitalisation et l'addiction ?"

IDE Mangué : "Alors nous on est en secteur libre, en fait ils l'ont choisi, c'est la différence avec le secteur fermé, c'est que nous les patients ils ont décidés de venir faire un sevrage après si ils ont en marre ils peuvent sortir, puisqu'on est un secteur libre, y'a pas d'injonction de soin, ça se passe relativement bien après si ils ne respectent pas le cadre ah y'a un moment où... (n'a pas fini sa phrase)".

Anaïs : "Ensuite, est-ce que vous pouvez me donner une définition à partir de vos propres mots d'une relation soignant-soigné?"

IDE Mangué : "Euh, ma définition de la relation soignant-soigné c'est avoir une relation de confiance, de tisser des liens dès le démarrage, quand le patient arrive en hospitalisation, si c'est moi qui fait l'accueil, j'essaye d'expliquer comment ça se passe, dire comment je suis, je ne suis pas celle qui va faire des éthylotests tout le temps, moi je travaille sur la confiance, vous me dites que vous avez consommé, y'a rien de, c'est pas grave en soi, je préfère que vous me le disiez, qu'on le découvre avec un éthylotest, et euh j'essaye de travailler sur la confiance après, c'est ce que je leur dit, c'est que si la confiance est rompue, les règles vont être beaucoup plus strictes en fait, ça va être beaucoup plus, voilà, on va respecter un cadre autre et j'essaye de travailler sur de la confiance et la relation d'aide."

Anaïs : "Est-ce que vous avez déjà ressenti des difficultés à établir une relation avec ces patients ?"

IDE Mangué : "Alors ça peut arriver y'a des patients, qui ont des addicto, enfin des addictions qui en font du clivage, et quand on met du cadre, quand il faut et qu'on est souple

quand il faut, des fois ils n'aiment pas, quand on les recadre, et euh bah de fait ça peut partir en cacahuète comme on peut dire (rigole) mais après généralement ce sont des patients qui reviennent parce qu'ils voient qu'on a pas changé.

Anaïs : “Le cadre est toujours le même?”.

IDE Mangue : “En ce qui me concerne, le cadre restera le même, ok tu n'as pas supporté telle observation, tu as le droit, tu as le droit de me faire la tête, moi y'a pas de soucis de ce côté là mais ceux qui reviendront car ils savent que le cadre est important à remettre en place.”

Anaïs : “Et pour la dernière question, A la fin d'une hospitalisation, rédigez-vous le patient vers des structures d'aides ou de soutien psychologique ?”

IDE Mangue : “Alors nous, généralement les patients, ils vont en post-cure, pour certains, et après ils vont tenter dans des CMP, pour continuer la prise en charge de leur sevrage”.

Anaïs : “Donc c'est vous qui les rédigez ?”.

IDE Mangue : “Des fois, des fois ils viennent que pour leur serrage et ils s'en vont, ils n'ont pas de suivis de la personne qui l'ont emmené là, voilà”

Anaïs : “Merci pour le temps accordé.”

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec IDE Noix de Coco :

Anaïs : “Bonjour, je m'appelle RODRIGUEZ Anaïs, je suis étudiante infirmière en 3ème année en soins infirmiers. J'interviens dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude sur les addictions. Pour cela, je mène une enquête qualitative pour rechercher des informations sur mon sujet en complément de mon cadre conceptuel. Cet entretien est anonyme et sera enregistré si cela vous convient, je m'engage à supprimer l'enregistrement après la retranscription. La durée approximative de l'entretien est d'environ 30 à 40 minutes. Je vous remercie de votre disponibilité, avez-vous des questions avant de commencer ?”

IDE Noix de Coco : “Oui, est-ce que c'est possible de ne pas enregistrer l'entretien ?”

Anaïs : “Je peux, mais cela va être plus long, et je vais devoir taper mots pour mots ce que vous me dites”

IDE Noix de Coco : “Ah.. je comprend, bon vous me promettez que vous allez bien le supprimer”

Anaïs : “Je retranscris et je le supprimerai directement”.

IDE Noix de Coco : “Ok super, (souris), on peut commencer”.

Anaïs : “Alors première question : Est-ce que vous pouvez vous présenter?”.

IDE Noix de Coco : “Je suis infirmière en addictologie depuis 3 ans, euh qu'est que vous voulez savoir d'autre ?”

Anaïs : “Vous avez fait quels services avant d'être en addictologie ?”

IDE Noix de Coco : “Alors, j'ai commencé en hémato, après j'ai fais de la réanimation médicale, après l'HAD, intérim, médecine du travail, euh et encore de l'intérim et ensuite addicto.”

Anaïs : “Et pourquoi vous êtes venu en addictologie si c'est pas indiscret ?”

IDE Noix de Coco : “Parce que c'était une nouvelle vie, on va dire, je ne connaissais pas et j'avais envie de découvrir justement l'addictologie, c'est vrai que c'est très méconnu, je ne savais même pas que ça existait avant (rigole)”.

Anaïs : “C'est vrai que c'est très spécifique”.

IDE Noix de Coco : “C'est clair !”

Anaïs : “Selon vous quelles images ou perceptions circulent dans le milieu infirmier au sujet des patients ayant des conduites addictives.”

IDE Noix de Coco : “Alors, moi, euh, je pense à part d'être en addicto, je pense que c'est très méconnu en fait, les patients qui ont une addiction, on pense que le somatique est plus important donc on s'occupe de leur foie, on s'occupe je ne sais pas, si y'a un autre problème mais on inculte un petit peu cette addiction qui est quand même très importante, qui,

comment dirais-je, ça prend de la place dans leurs vies parce que des fois ça arrive qu'ils ont que leurs addictions.”

Anaïs : “Et quand vous étiez à vos anciens postes, quand vous saviez qu'une personne était addictive, vous vous disiez quelque chose en particulier ?”

IDE Noix de Coco : “Justement c'était, moi je pense, je n'avais pas cette connaissance donc je ne prenais pas beaucoup, fin je ne donnais pas cette importance à l'addiction, qui devrait avoir justement.”

Anaïs : “Pensez-vous que ces patients sont perçus de la même manière qu'un patient sans addiction par les soignants?”

(Interruption de l'entretien)

Je repose la question.

IDE Noix de Coco : “Parfois, oui, parfois non mais je pense que c'est vraiment une méconnaissance de l'addictologie, les patients qui ont une addiction, bah la prise en charge n'est pas tout à fait la même, (se reprend) ne doit pas être la même, alors qu'on se concentre sur la partie somatique, on oublie tout ce qui est addiction. Et c'est dommage.”

Anaïs : “Vraiment dommage.. (silence) Pouvez-vous me décrire un comportement d'une personne ayant des conduites addictives, si vous pouvez me dresser un profil type?”

IDE Noix de Coco : “Quand il arrive ? Les signes de sevrage ?”

Anaïs : “Oui.”

IDE Noix de Coco : “Bah quand ils viennent, souvent ils ont beaucoup de tremblements, ce qui peut avoir c'est des tremblements, des maux de têtes, des sensibilités à la lumière et aux sons, mmh, qu'est ce qui y'a encore? Euh l'angoisse, ils sont beaucoup angoissés, après l'angoisse c'est pas forcément mais c'est beaucoup ici. Les picotements au niveau des mains des pieds.”

Anaïs : “Ce sont des patients jeunes ?”

IDE Noix de Coco : (rigole) “Alors euh non, on a eu quelqu'un qui venait de l'EHPAD, et jusqu'à des patients qui sont mineurs, mais je crois qu'on ne prend pas en dessous de 16 ans.”

Anaïs : “Y'a de tous âges et de tous milieux sociaux ?”

IDE Noix de Coco : “Oui, ce n'est pas le simple ouvrier qu'on pense”

Anaïs : “Quand vous prenez en charge un patient, quelles informations de son dossier utilisez-vous pour prendre en charge son addiction ?”

IDE Noix de Coco : “Bah de toute façon, nous, on fait l'entretien d'entrée, donc on leurs demande : quelles sont leurs addictions? Euh, comment ça s'est majoré leur consommation ? Après bien sûr, on prend les antécédents, bah ça peut servir s'ils sont diabétiques, hypertendus

ou déprimés. Du côté psychologique : y'a beaucoup de dépression, aussi qui vont avec, il peut aussi y avoir autre chose, bipolarité, euh borderline fin c'est très variable mais c'est vrai que les problèmes psychologiques et l'addiction sont très liés. Après bah on regarde les antécédents, si c'est la première cure ou la dixième cure."

Anaïs : "Donc c'est souvent noté dans le dossier de soin ?"

IDE Noix de Coco : "Ah oui, fin c'est sur ORBIS, tout est noté là-dedans, c'est plus sur papier" (rigole)

Anaïs : "Tout est numérisé maintenant ahah, et ducoup, est-ce que dans votre carrière, vous avez déjà observé des différences entre la prise en charge d'un patient avec une addiction et sans addictions ?".

IDE Noix de Coco : "Alors, euh bah non en fait, justement, avant de venir ici, je ne faisais pas attention à ça, mais on peut voir des gens, qui ont des addictions, qui ont été hospitalisés ailleurs que chez nous justement, et je pense qu'à ce moment là. En tout cas moi avant, je ne m'en rendais pas compte, si c'est votre question peut-être ?"

Anaïs : "Oui c'est est-ce que : par exemple quand vous avez deux patients, l'un avec des addictions mais qui a mal, est ce que vous avez déjà remarqué des personnes ne pas prendre en considération cette douleur ?"

IDE Noix de Coco : "Mmh, non, je ne pense pas, mais parce que pendant le sevrage, parce que évidemment, quand ils sont hospitalisés ils sont sevrés, donc ils n'ont pas le droit de consommer, normalement ils ont un traitement pour le sevrage".

Anaïs : "Normalement... Et pouvez- vous me raconter le vécu des patients consommateurs de drogues ? en respectant l'anonymat?"

IDE Noix de Coco : "J'ai un patient, justement qui prenait de la cocaïne en IV, le jour où on fait la prise de sang, ça lui a rappelé ces injections, c'est étonnant. Et puis y'a aussi une fois où il m'a raconté que quand il était en permission, euh il a été soigné son chat, et il l'a emmené chez le véto, et il a eu une injection, et il a vu que c'était la même seringue qu'il utilisait pour lui se piquer, fin y'a beaucoup de choses ou ça peut rappeler en faite son addiction et sa consommation."

Anaïs : "Et quand ils viennent dans votre service, ils vivent comment leur consommation ? Ils en parlent?"

IDE Noix de Coco : "Alors justement, ils sont très angoissés car ils savent qu'ils n'auront pas de drogues, après y'a ceux qui viennent et qui sont déjà venus plusieurs fois, ils savent, ils connaissent mais ça n'empêche pas que ça les angoisses. Parce que quand vous revenez ça veut dire que vous êtes en rechute, vous avez peur d'être jugés, et quand vous venez pour la

première fois vous ne savez pas où vous mettez les pieds, tout est nouveau quoi. Donc c'est très important l'accueil, la réassurance, le premier contact avec eux, c'est très important, eu voilà."

Anaïs : "Et est-ce que vous avez des patients qui vivent leur addiction dans le "déli"? (je fais les guillemets avec les doigts)".

IDE Noix de Coco : (me fait oui de la tête) : alors y'en a beaucoup, y'en a dans le sens où c'est le déni, ils viennent et ils disent "bon bah moi je ne suis pas comme eux" (rigole) "moi c'est pas pareil". Déjà c'est une forme de déni, alors y'a ceux qui sont vraiment dans le déni et qui ne viennent jamais. Euh, bon eux c'est normal y'a pas de problèmes même si dans leur vies, ils ne font que de consommer. Et puis y'a les gens où aussi qui sont très confiants : "oui après cette cure, c'est fini, ca y est ils sont guéris" bah non, y'a du travail derrière."

Anaïs : "Est-ce que vous pouvez me donner une définition à partir de vos propres mots d'une relation soignant-soigné?"

IDE Noix de Coco : "Eh bien moi je dirai le lien thérapeutique est très important, parce que c'est à ce moment là qu'on va établir ce lien, cette relation thérapeutique, euh ils vont nous faire confiance, euh on pourra les réassurer, bah monter un projet avec lui pour le soin, et un projet pour après la cure, c'est un accompagnement. Ici, moi je leur dit, que c'est que le début après y'a la suite, et quand ils vont retourner chez eux c'est très difficile, donc il faut bien se préparer maintenant".

Anaïs : "Est-ce que vous avez déjà ressenti des difficultés à établir une relation avec ces patients ?"

IDE Noix de Coco : "Bien sûr, tous les patients ne sont pas, par exemple y'a des patients, qui sont très déprimés, qui sont très déprimés, donc c'est difficile d'établir une relation. Mais à force, je pense que, fin pour ces patients là, on a essayé de même si c'est juste des oui ou non au départ et après ca y est, ils commencent à parler d'eux, bon un petit peu, ce n'est pas un roman mais déjà qu'ils puissent s'exprimer c'est déjà pas mal, après y'a pas des patients on on y arrive pas, mais bon faut toujours rester professionnel quand même."

Anaïs : "Et comment vous faites quand vous n'y arrivez pas du tout ?"

IDE Noix de Coco : "Après peut-être, j'arrive pas avec moi mais avec une autre personne il arrive, on essaye quand même, on est toute une équipe donc je ne suis pas toute seule, je passe le relai."

Anaïs : "Pour la dernière question du coup , à la fin d'une hospitalisation, rédigez-vous le patient vers des structures d'aides ou de soutien psychologique ?"

IDE Noix de Coco : “Bien sûr, alors ici, c’est trois semaines d’hospitalisation, donc après, y’a des post-cures qui peuvent aller de 5 semaines à plusieurs mois, euh après vous avez aussi, les HDJ y’en a un ici (parle de son hôpital). En fait, le plus important dans l’HDJ, faut que ça soit près de chez lui, vu qu’il doit se lever tous les jours et faire le trajet faut pas que ça soit trop loin. Après vous avez aussi, les SCAPA donc, la plupart du temps ils sont déjà suivis là bas, et ils nous les envoient. On fait aussi des consultations ici, le mieux quand ils sortent d’ici c’est qu’il ait un suivi sinon ça ne va pas être possible.” (Hausse les bras)

Anaïs : “Et sinon dans le service y’a un soutien psychologique”

IDE Noix de Coco : “Y’a des psy qui peuvent prendre en charge, alors ici y’a de psychiatres, donc ils sont vu en entretien par les psychiatres mais en plus si y’a besoin y’a de psychologues, euh, ici y’a des activités de groupes, y’a des patients experts.”

Anaïs : “Des patients experts ?”

IDE Noix de Coco : “Ah oui, alors, c’est un patient qui a consommé déjà avant et qui a arrêté et qui a une formation pour transmettre ce qu’il a vécu et comment il s’en est sortie, c’est très intéressant pour eux et c’est très proche de leurs vécus.”

Anaïs : “Si vous n’avez pas d’autres choses à ajouter c’est parfait pour moi”

IDE Noix de Coco : “Parfait pour moi aussi”.

Annexe 5 : Tableau d'aide pour les analyses :

Concepts	IDE Fraise	IDE Mangue	IDE Noix de coco
Présentation des infirmières	Infirmière depuis 6 ans (2019) Aux urgences depuis 4 ans Parcours avant : soins intensifs chir, pools et urgences	Infirmière depuis 2009 Psychiatrie depuis 2011 Parcours avant : Auxiliaire puer, réa, urgences ped, pédopsy en tant qu'auxiliaire peut-être master en santé mentale	Infirmière en addictologie depuis 3 ans Parcours avant : hématologie, réa médicale, HAD, intérim, médecine du travail (ne connaissait pas l'addictologie et voulait découvrir)
Représentations sociales	Beaucoup de jugement (drogues et alcool) Ne sont pas perçus de la même manière par d'autres collègues mais pas par elle	Souffrance pour les patients / notion d'affrontement de journée ou de nuit / perçus comme des personnes qui manquent de courage, tu consommes par plaisir alors que non Ne sont pas perçus de la même manière = ne lutte pas, ne fait pas d'efforts /	Somatique en priorité Pas de connaissance des différentes addictions Parfois oui/non. pEC pas la même, oublie l'addiction pour laisser que le somatique
Addictions	Signes cliniques : état pupille, somnolence, agitation confusion,	Difficulté d'arrêter / Prévient que ça ne sera pas la première cure	Signes : tremblements, maux de têtes, sensibilités lumière, sons,

	<p>propos incohérents</p> <p>Signes physiques : peau, mains, bouche</p> <p>Âge : 25 et 50 ans</p> <p>Dossier : peur qu'on les juge donc ne le disent pas tout le temps / souvent la notion dans le dossier</p> <p>Différence entre deux patients : un patient non addict va avoir tous les examens sur un patient addict on va directement mettre sur le dos de sa consommation</p> <p>Pas de différence d'écoute sur les symptômes</p>	<p>hanger toutes habitudes liées à l'addiction</p> <p>Signes physiques : 30-50 ans,</p> <p>Dossier : Ne lit pas les antécédents, s'arrête à son motif d'hospitalisation (dépression associée)</p> <p>CONFIANCE !</p> <p>Elle attende à ce qu'il lui dise pourquoi il vient</p> <p>Différence : pas de différence mais a déjà vu des services (urgences) où il ne préfèrent ne pas en avoir. Certains services ne pensent pas à pallier l'addiction</p>	<p>angoisse ++</p> <p>16 ans - EHPAD.</p> <p>Toutes classes sociales</p> <p>Dossier : dépression associée, autres troubles psy, entretien d'entrée avec ATCD</p> <p>Différences : pas de différence pour elle parce qu'elle estime sur leurs addictions sont censées être pallié par un TTT</p>
Relation soignant-soigné	<p>Vécu : vit très bien, pas de danger, ni de risque à ça, pas de notion de son état) frustrant de ne pas</p>	<p>Vécu : consommation la nuit, effet de groupe. Il choisit l'hospitalisation</p>	<p>Vécu : patient qui consommait de la cocaïne :seringue lui rappelé son addiction</p>

	<p>pouvoir l'aider.</p> <p>Définition : confiance / écoute / ne pas juger /</p> <p>Difficultés ? : n'a pas : sont assez honnête, accompagnement ++ faire de la prévention sur les risques</p> <p>Structures d'aides : n'en connaît pas et ne les dirige pas vers</p>	<p>Définition : confiance / liens / relation d'aide</p> <p>Difficultés : ça peut arriver mais respect du cadre,</p> <p>Structures d'aides : post-cures, CMP</p>	<p>Angoisse ++, peur d'être jugés, Beaucoup de patients sont dans le déni, certains pensent qu'en une cure c'est guéri</p> <p>Définition : ligne thérapeutique / confiance / réassurance / accompagnement /</p> <p>Difficultés : patient non communicant : passe le relais quand elle n'y arrive pas</p> <p>Structures d'aides : post-cures / HDJ / SCAPA / Psy ++ / patients experts</p>
--	--	---	---

En tant qu'infirmier(e)s, nous pouvons être possiblement amené(e)s à rencontrer des patients consommateurs de substances psychoactives. En effet, l'addiction est une pathologie courante dans le monde du soin. Ces patients sont parfois confrontés à des représentations sociales concernant leurs addictions. Ce mémoire de fin d'étude a pour but de sensibiliser sur les représentations sociales et sur l'addiction. Pour réaliser cette enquête, la méthode utilisée a été une recherche qualitative avec des entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été réalisés avec trois infirmières de milieux différents : en addictologie, aux urgences et en psychiatrie. L'entretien était composé de 10 questions ouvertes. Les limites de ces entretiens ont été le temps accordé : moins de 20 minutes à chaque entretien et l'interruption de deux entretiens par des personnes extérieures. Les résultats ont montré que les représentations sociales sont propres à chaque soignant. Ils ont aussi fait ressortir que les patients consommateurs de substances psychoactives subissent énormément de jugements, et certains soignants pouvaient comparer les addictions à un manque de courage. Les addictions peuvent toucher tous types de personnes à n'importe quel âge. De plus, ils ont montré l'importance de la confiance, de l'écoute et de l'accompagnement dans ces relations soignants- soignés. Les représentations sociales sont existantes dans notre société, et elles ne doivent pas compromettre une relation de soin avec un patient. D'où l'importance du non-jugement, qui est primordial pour créer une relation dans la confiance, dans la bienveillance et dans l'accompagnement. **Mots clés** : Représentations sociales / addictions / relation soignant-soigné / accompagnement / jugement

Abstract : The impact of social representation on hard drug users in the patient-nurse relationship.

As nurses, we may encounter patients who use psychoactive substances. Indeed, addiction is a common pathology within the healthcare field. These patients are often confronted with social representations and stereotypes related to their substance use. The end-of-study dissertation aims to raise awareness about both addiction and the influence of social representations on the patient-nurse relationship. To carry out this study, a qualitative research method was used, based on semi-directive interviews. These interviews were conducted with three nurses working in different hospital services : in the addiction department, emergency care and psychiatry. They were selected because addiction is present across all hospital departments. The questionnaire included 10 open-ended questions. The main limitations encountered during data collection were the short duration of the interviews (less than 20 minutes each) and the interruption of two interviews by external factors. The findings revealed that social representations vary from one caregiver to another. They also showed that patients who use psychoactives substances are often subjected to significant judgment, with some healthcare professionals equating addiction with a lack of willpower. The results also highlighted that addiction can affect anyone, regardless of age or background. Moreover, the importance of trust, active listening and personalized support emerged as essential components of the nurse-patient relationship. Social representations are deeply embedded in our society, but they should not compromise the quality of care provided to patients. This underlines the importance of non-judgment, which is essential for building a trusting, compassionate, and supportive therapeutic relationship. **Keywords** : social representations / hard drugs addiction / patient-nurse relationship / nursing care / impact