

Travail de diplôme

Formation Ambulancier Diplômé ES

Phase de projet

**VERS UNE APPROCHE PLUS
SPECIFIQUE DE LA DOULEUR
DU PATIENT TOXICOMANE**

Kelly Poncerry

Volée 2013-2016

15.08.2016

« *N'admettez rien a priori si vous
pouvez le vérifier* »

Rudyard Kipling

(1865-1936)

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier mon accompagnant de travail de diplôme, Mr. Jean-Jacques PUTINIER, responsable de la formation ES en soins ambulanciers à l'école ES ASUR, pour sa disponibilité, ses larges compétences et ses qualités humaines qui ont été des éléments clés dans la conduite de ce travail.

Ces remerciements s'adressent également aux enseignants de l'école, en particulier à Mr Frédéric SALAMIN notre « mentor », qui m'ont fourni les atouts nécessaires à la conception de ce travail.

Je souhaite apporter ma reconnaissance à tous les professionnels qui ont participé à la réalisation de ce travail et qui ont contribué à alimenter ma réflexion, notamment ceux interrogés lors de mon enquête.

Je tiens aussi à remercier ma famille pour son soutien, mes amis pour leur patience et plus particulièrement mes deux acolytes Arnaud et Quentin qui m'ont accompagné durant ces trois années de formation, dans les nombreux kilomètres de route et de fous rires.

Et enfin un grand merci à Lara, qui a cru en moi, qui a su m'épauler durant ces trois années sans jamais fléchir.

Les avis exprimés dans ce travail de diplôme n'engagent que l'auteur
--

Table des matières

1. INTRODUCTION	7
1.1 PRESENTATION DU SUJET	7
1.2 MOTIVATION PERSONNELLE	7
1.3 PROBLEMATIQUE	7
1.4 HYPOTHESE	8
2. SYNTHÈSE DU CADRE THÉORIQUE	9
3. SYNTHÈSE DU CADRE EMPIRIQUE	10
3.1 L'ENQUÊTE	10
3.1.1 <i>Les critères qualitatifs spécifiques</i>	11
3.1.2 <i>La connaissance de la toxicomanie</i>	11
3.1.3 <i>Le sentiment d'être manipulé</i>	12
4. ANALYSE DES BESOINS	13
4.1 SENSIBILISATION A LA TOXICOMANIE	13
4.2 ANTALGIE NON OPIOÏDE	13
5. CHOIX DE LA PISTE D'ACTION	15
6. EBAUCHE DE PROJET	16
7. OBJECTIF DU PROJET	17
8. PLANIFICATION	18
9. CONDUITE DE PROJET	21
9.1 AMÉLIORER LES CONNAISSANCES THÉORIQUES DE L'AMBULANCIER SUR L'ANTALGIE SPÉCIFIQUE AU DOMAINE DE LA TOXICOMANIE	21
9.1.1 <i>Etape 1 : Créer un prérequis théorique en lien avec le toxicomane et la pratique d'antalgie de l'ambulancier</i>	21
9.2 FAIRE ÉVOLUER LES REPRÉSENTATIONS DES TOXICOMANES PAR L'AMBULANCIER.....	22
9.2.1 <i>Etape 2 : Créer une journée d'immersion</i>	22
9.2.2 <i>Etape 3 : Fixer les objectifs pour la journée d'immersion</i>	23
9.2.3 <i>Etape 4 : Evaluer la formation continue</i>	24
10. FAISABILITÉ DU PROJET	26
10.1 <i>Etape 5 : Tester la formation</i>	26
10.2 <i>Etape 6 : Ajuster la formation post retour d'expérience personnelle</i>	27
11. MISE EN PLACE DU PROJET	30

11.1 VALIDATION ET AUTORISATIONS.....	30
11.1.1 Etape 7 : Contacter le centre d'injection « Quai 9 ».....	30
11.1.2 Etape 8 : Contacter l'AGeMUP pour autoriser la mise en place de la formation continue	31
11.2 COUT DE LA FORMATION.....	32
11.2.1 Etape 9 : Evaluer le coût de la formation.....	32
12. BILAN ET EVALUATION DU PROJET	33
12.1. IDENTIFIER LES LIMITES ET LES BIAIS DU PROJET	33
12.2 ACQUISITIONS PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES	35
13. CONCLUSION.....	36
14. BIBLIOGRAPHIE	37
15. ANNEXES.....	38
15.1 ANNEXE I	38
15.1.1 Livrable.....	38
15.2 ANNEXE II.....	41
15.2.1 Devis livrable dépliant.....	41

Ce travail s'inscrit dans la continuité de mon travail de phase exploratoire de deuxième année à l'ES ASUR¹. Il a pour objectif de mener un projet en lien avec mes recherches sur la toxicomanie, les toxicomanes et l'antalgie spécifique au domaine de la toxicomanie.

¹ ES ASUR : Ecole Supérieure d'Ambulanciers et Soins d'Urgences Romande

1.Introduction

1.1 Présentation du sujet

La toxicomanie est un phénomène social évolutif qui peut toucher tout individu. Elle est source d'exclusion sociale et d'altération psycho sommatique.

L'objet de mon travail se rapporte à l'administration de l'antalgie² chez le patient toxicomane³. En effet c'est un sujet auquel je porte de l'attention car je travaille à Genève qui est une des rares villes Suisse à posséder un centre d'injection pour les toxicomanes appelé « Quai 9 ». De ce fait, c'est une population à laquelle je suis fréquemment confrontée. De plus l'administration de thérapeutiques antalgiques est très fréquente en ambulance.

1.2 Motivation personnelle

Pour rappeler le contexte, je suis partie d'une situation vécue en stage où il était question d'administrer une antalgie chez un patient toxicomane. Toutes mes interrogations sont parties de cette expérience. J'étais partagée entre la bienfaisance qui nous dit de croire le patient, de ne porter aucun jugement hâtif et d'administrer l'antalgie nécessaire et entre un sentiment personnel pouvant m'induire en erreur : penser que son addiction le poussait à « jouer la douleur » pour recevoir une dose.

1.3 Problématique

Dans ma phase exploratoire de deuxième année, j'ai été amenée à me questionner sur **les facteurs qui influencent l'ambulancier⁴ lors de la prise en charge d'un patient toxicomane dans le cadre d'une administration d'antalgie.**

L'objectif de mon travail a été d'identifier ces facteurs qui influencent l'ambulancier dans l'administration d'antalgie et de pouvoir ainsi améliorer la prise en charge du patient toxicomane.

² J'utilise dorénavant le terme « antalgie » incluant les opioïdes Fentanyl et Morphine

³ J'utilise dorénavant le terme « toxicomane » étant entendu qu'il englobe les toxicomanes actifs, substitués ou sevrés

⁴ J'utilise dorénavant le terme « ambulancier » étant entendu que la profession de Technicien Ambulancier et la gent féminine s'y trouvent inclus

1.4 Hypothèse

Mon hypothèse de travail reposait sur l'éventuelle existence de préjugés, de représentations de la part de l'ambulancier sur le patient toxicomane, qui est une source probable de doute, d'interrogations quant à l'administration d'une antalgie.

2. Synthèse du cadre théorique

Mes premiers éléments de recherche théoriques ont montré qu'il existe des risques psychosomatiques liés à l'administration d'opiacés chez un patient toxicomane actif, substitué ou sevré :

- Des risques de surdosage pouvant entraîner des dépressions respiratoires, une rechute par reconditionnement ou des problèmes d'hyperalgésie.

Les autres éléments de recherche ont démontré l'existence de stéréotypes et d'un processus de stigmatisation du toxicomane amenant à considérer le toxicomane comme une personne peu fiable avec une image plutôt négative.⁵

⁵ Bonsack, C., Morandi, S., Favrod, J., & Conus, P. (2013, mars 13). Le stigmate de la folie: de la fatalité au rétablissement. *Revue médicale suisse*.

Carcel, J. (2014). *Qui sont les toxicomanes*. Consulté le mars 25, 2015, sur Conseil aide et action contre la toxicomanie: http://www.caat.online.fr/dossiers/qui_sont.htm

3. Synthèse du cadre empirique

Pour mener à bien la poursuite de mon travail et pour vérifier la pertinence de ma problématique, il me fallait confronter mon point de vue à celui de mes collègues ambulanciers. Pour cela j'ai enquêté sur le terrain et interrogé les ambulanciers.

3.1 L'enquête

Dans un premier temps, j'ai soulevé la question de l'influence des stéréotypes du toxicomane pour comprendre la problématique de la prise en charge de la douleur chez ce type de patient. L'ambulancier applique-t-il de manière systématique le protocole antalgie sans question de positionnement ou s'interroge-t-il sur les conséquences éventuelles de l'administration des opiacés sur un patient toxicomane ? Afin d'enrichir ce travail il me fallait recueillir les ressentis et les représentations des ambulanciers.

J'ai ensuite analysé les résultats au regard de ma problématique de départ à savoir **quels sont les facteurs qui influencent l'ambulancier lors de la prise en charge d'un patient toxicomane dans le cadre d'une administration d'antalgie**. Existe-t-il une éventuelle perception préconçue du patient toxicomane par l'ambulancier, source probable de doute, d'hésitation quant à l'administration d'une antalgie ?

Les résultats montraient que les ambulanciers sont familiers à la prise en charge du patient toxicomane (plus de 90% des sondés). Ils ont donc déjà eu à prendre en charge ce type de patient. Les trois facteurs majeurs influençant l'ambulancier dans sa prise en charge ont été les suivants : les critères qualificatifs spécifiques, la connaissance de la toxicomanie et le sentiment d'être manipulé.

3.1.1 Les critères qualitatifs spécifiques

Pour la majorité des ambulanciers interrogés (plus de 64%), le toxicomane possède des caractéristiques physiques type, un comportement spécifique et viennent d'un même environnement, ce qui permet sa distinction rapide.

Au vu de ces résultats j'ai pu exprimer le fait que le toxicomane est stéréotypé, on lui attribue des caractéristiques physiques et des défauts de comportement.

3.1.2 La connaissance de la toxicomanie

Un autre facteur d'influence était celui de la connaissance de la toxicomanie. On avait d'un côté les ambulanciers qui manquaient de connaissance sur la toxicomanie et de l'autre ceux qui y étaient plutôt familier.

Les ambulanciers étaient 60.32% à ne pas administrer d'antalgie sur une évaluation de la douleur supérieure à 3/10.

Certains exprimaient leur manque de connaissance de la toxicomanie plus particulièrement sur les risques liés à l'ajout d'opiacés. Ils admettaient ne pas connaître les interactions possibles entre l'antalgie et les traitements de substitution.

En confrontant ces éléments de réponse à ma théorie, il apparaissait évident que l'abstention d'une administration d'antalgie par manque de connaissance va au bénéfice du patient. Rappelons qu'il existe des risques de dépression respiratoire par combinaison avec le traitement de substitution.

D'autre part, une grande partie des ambulanciers pensait que l'antalgie aux opiacés ne relançait pas la toxicomanie. Cependant, comme décrit dans mes recherches, il existe un risque de réintroduire une dépendance dans 20% des cas pour le patient sevré aux opiacés, ainsi qu'un risque important d'induire un reconditionnement lié au mode d'administration d'antalgie en intraveineux.

Enfin, d'autres ambulanciers prenaient en considération les risques liés au surdosage ou à la rechute lors d'une antalgie de type opiacés. Beaucoup pensaient que l'ajout d'opiacés entraînait des risques de dépression respiratoire.

Tous ces éléments montraient la réticence des ambulanciers à administrer une antalgie dans ce genre de situation.

3.1.3 Le sentiment d'être manipulé

Un des ambulanciers interrogés a dit que la « *douleur chez les toxicomanes est souvent remplie de clichés* ». Un autre a dit « *il y aura toujours les toxicos en manque qui vont en profiter pour se défoncer un peu plus* ».

On pouvait se rendre compte que la prise en charge du patient toxicomane est complexe et soulève des questions éthiques sur la possibilité de la simulation du patient quant à sa douleur afin de se procurer une antalgie. Ils étaient plus de 25% à avoir exprimé la difficulté d'administrer une antalgie à un patient sachant qu'il peut simuler sa douleur.

J'ai pu mettre en évidence que les ambulanciers utilisant des critères spécifiques pour qualifier un toxicomane se portent plus volontiers sur l'hétéroévaluation que sur l'autoévaluation. Je me posais alors la question suivante : le sentiment de pouvoir être manipulé n'impacte-t-il pas l'évaluation de la douleur ?

L'étude sur le terrain a confirmé mon hypothèse et a montré que 60% des ambulanciers ne donnaient pas d'antalgie pour une évaluation de la douleur supérieure à 3/10 par manque de connaissance et 25% utilisaient l'hétéroévaluation de la douleur par crainte d'être manipulés.

Au vu de ces deux éléments soulevés, j'ai pensé à deux pistes d'actions permettant d'améliorer la prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes.

4. Analyse des besoins

Après confrontation des phases théorique et empirique, j'ai pu cibler les facteurs influençant la prise en charge de la douleur chez le patient toxicomane. Afin d'améliorer cette dernière, j'avais alors proposé deux pistes d'action.

4.1 Sensibilisation à la toxicomanie

Il apparaît clairement que les ambulanciers connaissent peu ou mal la toxicomanie. Ils peuvent hésiter à administrer une antalgie par peur des conséquences pour certains ou par réticence pour d'autres.

Un apport théorique sur la toxicomanie est amené sur une matinée dans le cursus des trois ans de formation d'ambulancier ES. Il ne semble pas suffisant. Serait-il envisageable dans ce cas de proposer une immersion dans le quotidien des toxicomanes ?

Il existe en Suisse, notamment à Genève, une structure d'accueil et de consommation destinée à réduire les conséquences négatives sur le plan somatique, psychologique et social de la consommation de drogues sur le plan individuel et collectif. Ce type de structure reçoit chaque jour de nombreux toxicomanes qui ont la possibilité d'utiliser des salles d'injection. On y trouve une équipe spécialisée d'éducateurs, d'infirmiers, de psychologues et de médecins à l'écoute 365 jours par an.

Une journée de sensibilisation serait un outil supplémentaire pour améliorer les connaissances de l'ambulancier sur la toxicomanie et ainsi réduire les défauts d'administration d'antalgie lors de la prise en charge de la douleur du patient toxicomane.

4.2 Antalgie non opioïde

Dans mon questionnaire, je me suis posée la question d'une application envisageable d'un protocole spécifique pour l'administration d'antalgie chez les patients toxicomanes. Les ambulanciers étaient 43.08% à être favorables à la création d'un protocole spécifique pour la prise en charge du patient toxicomane contre 56.92% non favorables. Dans certaines entreprises, les ambulanciers appliquent déjà des protocoles spécifiques à la prise en charge

des patients toxicomanes qui utilisent le Paracétamol ou les AINS⁶ et non pas les opiacés pour traiter leurs douleurs. Certains étaient sensibles au besoin d'adapter le protocole en fonction des bénéfices/risques à l'administration d'antalgie comme dans la prise en charge des patients alcooliques chronique. D'autres demandaient l'autorisation de l'utilisation d'autres substances analgésiques non opioïdes comme la Kétamine[®] dans ce genre de cas.

Avec ces interrogations soulevées par les ambulanciers, il aurait été intéressant d'analyser l'éventualité d'une mise en place d'un traitement plus spécifique pour ce type de patient. La Kétamine[®] avait -elle une place ?

Les consommateurs chroniques d'opiacés posent des problèmes d'analgésie en raison de l'existence d'une hyperalgésie induite par les morphiniques. Il en résulte une inefficacité relative des opiacés, toujours présente même chez les patients sevrés, et liée à des modifications intracellulaires. Cette apparente tolérance aux opiacés peut être reversée par les antagonistes du récepteur NMDA comme la Kétamine[®].

⁶ AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

5. Choix de la piste d'action

Malgré le fait que plus de 90% des ambulanciers aient déjà été confrontés à la prise en charge d'un patient toxicomane, j'ai pu constater que mon sujet était délicat et soulevait des réflexions tant éthiques que physiologiques. Un grand nombre (60%) n'administrent pas d'antalgie aux patients toxicomanes sur une douleur supérieure à 3/10. Au vu des recherches effectuées en amont, l'administration d'une antalgie aux opiacés chez le patient toxicomane n'est pas si anodine. Elle requiert une certaine connaissance, notamment quant à ses effets somatiques lors de combinaison avec un traitement de substitution. Elle peut en effet entraîner un surdosage et potentialiser une dépression respiratoire.

D'autre part, d'un point de vue éthique, l'antalgie fait l'objet de nombreuses interrogations. L'administration par la voie intraveineuse est inappropriée pour le patient sevré car elle entraîne un risque de reconditionnement.

Comme on dit : « *l'inconnu fait peur !* » Les ambulanciers sont 25% à avoir le sentiment de pouvoir être manipulés par le patient toxicomane pour recevoir une antalgie.

Que ce soit par manque de connaissance sur la toxicomanie ou par peur d'être manipulé, l'ambulancier n'administre que rarement une antalgie dans ce type de situation.

C'est la raison pour laquelle, après analyse fine de mes deux pistes d'actions et des éléments pertinents retenus dans mon enquête sur le terrain, j'ai été confortée dans mon choix de développer la piste de la sensibilisation à la toxicomanie car elle me semble plus pertinente et plus réalisable.

Le choix d'une antalgie non opioïde comme la Kétamine[®] ou le Paracétamol est moins pertinente car l'échelle de la douleur mettrait un frein à traiter la douleur du patient. En effet conformément aux protocoles CORFA⁷ du traitement de la douleur et à la pharmacologie, on voit que la Kétamine[®] est utilisée sur une EVA⁸>7 et le Paracétamol sur une EVA<3. Qu'en serait-il des douleurs intermédiaires pour cette catégorie de patients ? Il semble que ceux-ci ne seraient alors pas soulagés pour une douleur évaluée entre 3/10 et 7/10.

⁷ CORFA : Commission Romande de Formation Ambulancière

⁸ EVA : Echelle Visuelle Analogique

6. Ebauche de projet

Pour réaliser mon outil de sensibilisation à la toxicomanie, il me fallait conceptualiser un projet qui intègre un apport de connaissances sur les patients toxicomanes et la toxicomanie. Ceci pourrait alors permettre la modification des représentations de l'ambulancier sur la toxicomanie.

Pour mener à bien ce projet, j'ai imaginé la création d'une formation pratique-théorique d'une journée à inclure dans le programme de formation continue Genevoise.

7. Objectif du projet

La finalité de mon projet est l'amélioration de la prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes.

Pour répondre à la problématique soulevée par la phase exploratoire de ce travail, j'ai alors identifié deux objectifs principaux :

1. Améliorer les connaissances théoriques de l'ambulancier sur l'antalgie spécifique au domaine de la toxicomanie
2. Faire évoluer les représentations des toxicomanes par l'ambulancier et peut être ainsi lever la peur de la manipulation ou toute autre crainte relative à cette population

Le groupe de professionnel ciblé par ce projet est les ambulanciers exerçant dans le canton de Genève⁹. Plus spécifiquement, je m'adresse aux ambulanciers volontaires dans cette démarche d'amélioration de la prise en charge de la douleur des patients toxicomanes.

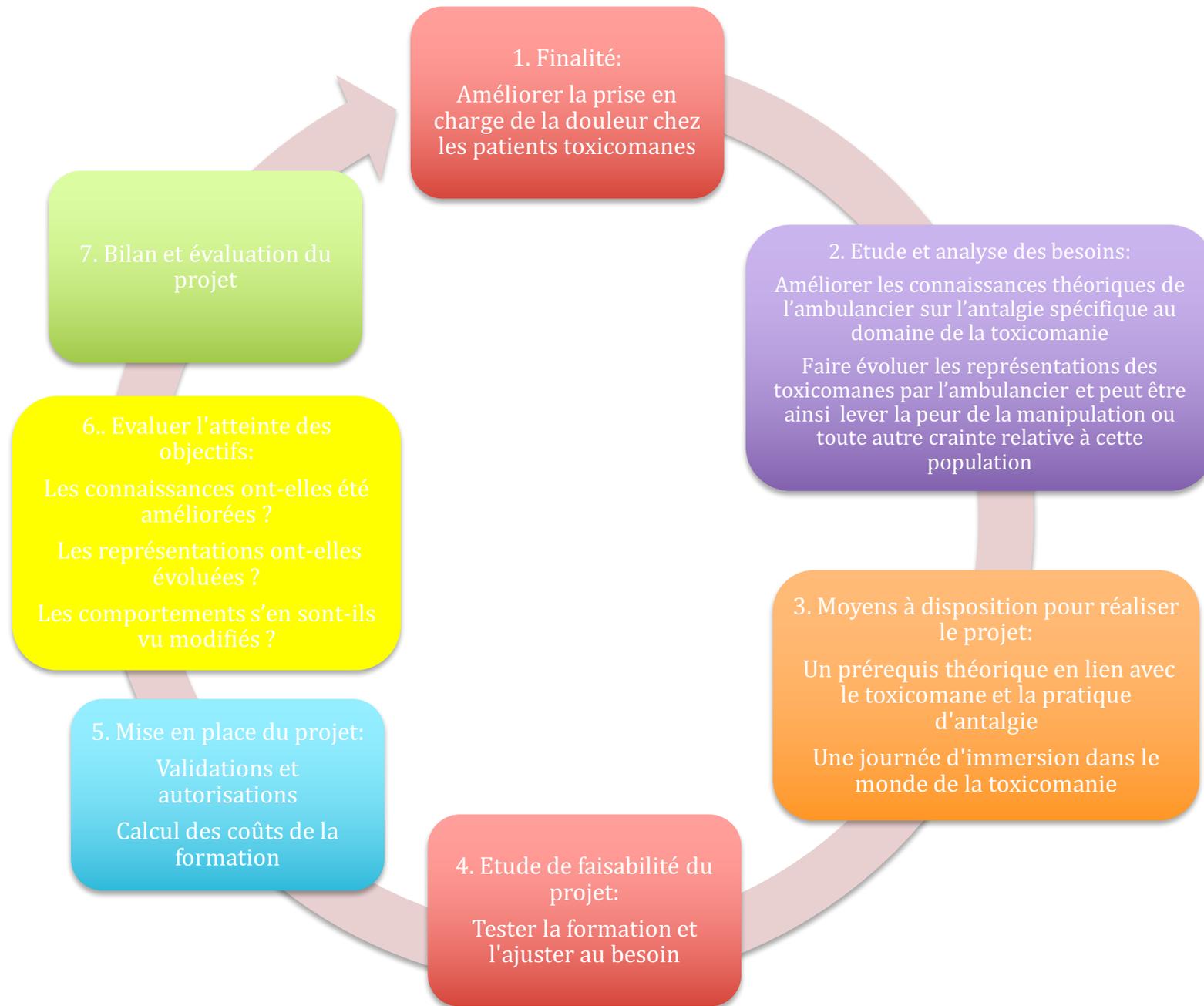
⁹ SIS, SSA, SK ambulances, Swiss Ambulances Rescue, ACE et SAG

8. Planification

Pour parvenir à répondre aux besoins des ambulanciers cités précédemment, il me faut alors définir des étapes de mon projet avec leurs objectifs respectifs et les moyens pour y parvenir.

Pour m'aider dans la réalisation de cette planification, j'ai d'abord utilisé une boucle d'argumentation pour expliquer, argumenter, analyser et évaluer le projet.

Par la suite, j'ai identifié et planifié les différentes étapes clés qui m'ont permis de réaliser ce projet.



ETAPES	NOVEMBRE	DECEMBRE	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE
CHOIX DES PISTES D'ACTIONS												
Améliorer les connaissances théoriques de l'ambulancier sur l'antalgie spécifique au domaine de la toxicomanie	X											
Faire évoluer les représentations des toxicomanes par l'ambulancier et peut être ainsi lever la peur de la manipulation ou toute autre crainte relative à cette population		X										
CONDUITE DE PROJET												
Etape 1 : Créer un prérequis théorique en lien avec le toxicomane et la pratique d'antalgie de l'ambulancier								X				
Etape 2 : Créer une journée d'immersion				X								
Etape 3 : Fixer les objectifs de la journée d'immersion			X									
Etape 4: Evaluer la formation continue					X	X						
FAISABILITE DU PROJET												
Etape 5 : Tester la formation								X				
Etape 6 : Ajuster la formation post retour d'expérience personnelle									X			
MISE EN PLACE DU PROJET												
Etape 7 : Contacter le centre d'injection Quai 9										X		
Etape 8 : Contacter l'AGEMUP pour autoriser la mise en place de la formation continue											X	
Etape 9: Evaluer les coûts de la formation										X		
BILAN ET EVALUATION DU PROJET												
												X

9. Conduite de projet

9.1 Améliorer les connaissances théoriques de l'ambulancier sur l'antalgie spécifique au domaine de la toxicomanie

Je souhaite apporter des connaissances théoriques supplémentaires afin d'éviter aux 60% des ambulanciers de ne pas donner d'antalgie par manque de connaissance sur le sujet.

9.1.1 Etape 1 : Créer un prérequis théorique en lien avec le toxicomane et la pratique d'antalgie de l'ambulancier

Au vu des résultats de mon enquête, il me fallait pouvoir répondre aux interrogations des ambulanciers concernant la toxicomanie et plus particulièrement sur l'administration d'antalgie chez ce type de patient.

Afin de pouvoir répondre de manière optimale aux manques de connaissance de la part des ambulanciers sur la toxicomanie, j'ai convenu d'un apport théorique sous forme de livrable.

Objectifs du prérequis : Apporter des connaissances spécifiques supplémentaires

- ❖ La prévalence de la toxicomanie sur le territoire suisse
- ❖ La toxicomanie et les toxicomanes
- ❖ La pratique addictive
- ❖ Le combo antalgie-héroïne versus le traitement de substitution

Moyen : Un livrable

La meilleure manière pour proposer cet apport théorique s'avère être un support papier, un livrable dépliant. C'est un support matériel concret d'un aspect ludique, d'un faible coût et peu encombrant. Ce prérequis sera remis à chaque participant à la formation.

Pour étayer ce contenu, j'utilise mes éléments de recherches exploratoire obtenus en 2^{ème} année.

9.2 Faire évoluer les représentations des toxicomanes par l'ambulancier

J'ai dû penser au meilleur moyen de faire évoluer les représentations plutôt négatives que 25% des ambulanciers semblent avoir sur les toxicomanes.

9.2.1 Etape 2 : Créer une journée d'immersion

La possibilité à laquelle j'ai pensé pour lever les aprioris ou lever le doute sur la possible manipulation du toxicomane est de se familiariser à celui-ci et cela par un contact direct auprès d'eux ; une expérience pratique sur le terrain.

Objectif : Introduire l'ambulancier dans le monde de la toxicomanie

L'objectif est de permettre à chaque ambulancier en contact avec les toxicomanes d'adopter un comportement d'écoute, de prendre du recul vis à vis de ses propres sentiments et lui permettre ainsi d'administrer une antalgie bienfaisante, en étant tourné uniquement vers la satisfaction de la demande d'antalgie du toxicomane.

Moyen : Journée d'immersion

Je propose une formation en situation réelle : une journée d'immersion dans un centre d'injection fréquenté par de nombreux toxicomanes de tout horizon : « Quai 9 » à Genève.

9.2.2 Etape 3 : Fixer les objectifs pour la journée d'immersion

Cette journée doit avoir des objectifs précis qui serviront de guidelines à l'ambulancier pour faire de cette journée un outil pour un changement de comportement vis à vis des toxicomanes et un cadre référentiel pour le centre d'injection « Quai 9 ».

Objectifs de la journée :

- ❖ Collaborer avec les partenaires aguerris du centre dans le contact avec les toxicomanes
- ❖ Créer une relation de confiance soignant / patient
- ❖ Soulever les éléments perturbateurs dans le contact avec les toxicomanes
- ❖ Lever les aprioris sur la possible manipulation du toxicomane

Moyen : Modélisation de formation d'adultes

Afin de mettre en place un module de formation pratique, je me suis appuyée sur l'un des ouvrages de Sandra ENLART (Enlart, 2007).

Professeuse en formation d'adulte et sciences de l'éducation, elle a écrit « *La formation ne dit pas complètement ce qu'elle fait et ne fait pas complètement ce qu'elle dit. Elle concerne un champ excessivement complexe qui est celui du changement.* »¹⁰. Dans notre situation, la formation s'inscrit dans des pratiques sociales qui ne sont ni un savoir théorique ni un savoir pratique. Il faut mettre en place un ensemble de théories pédagogiques sur lesquelles s'appuyer dans nos activités de conception, nous concernant la conception de clichés et d'aprioris sur les patients toxicomanes.

Sur les six modèles de conception de formation d'adultes proposés par Sandra ENLART, j'ai opté pour le quatrième modèle qui se caractérise par l'acquisition de comportements. Le fait de vouloir faire évoluer une représentation passe par un changement de comportement individuel.

¹⁰ Enlart, S. (2007). *Concevoir des dispositifs de formations d'adultes: du sacre au simulacre du changement*. Paris: Les éditions Demos.

Les contenus de cette formation pratique seront donc d'ordre comportemental. Dans cette situation on cherche à inculquer une autre vision à l'ambulancier face aux patients toxicomanes. La formation doit amener à un changement de mentalité par rapport aux toxicomanes.

Je cite spécifiquement trois comportements à adopter lors de cette journée :

1. Prendre conscience de son propre comportement et de la nécessité de le faire évoluer : ne pas donner d'antalgie au patient toxicomane par peur d'être manipulé
2. S'inspirer des comportements existants du personnel de la structure d'accueil et les adopter dans la mesure du possible
3. Créer des conditions de confidentialité et de confiance avec les patients toxicomanes

9.2.3 Etape 4 : Evaluer la formation continue

Il est nécessaire de savoir s'il y aura une évolution positive à la prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes.

Objectif : Evaluer l'atteinte de la finalité du projet

J'ai choisi de monter un projet de formation continue qui a une action à la fois sur les connaissances théoriques et une action sur les représentations impactant les comportements. En regard de la finalité de mon projet, il faudra se poser les questions suivantes : les connaissances ont-elles été améliorées ? Les représentations ont-elles évoluées ? Et enfin les comportements s'en sont-ils vu modifiés ?

Moyen : Modèle d'évaluation de Donald L. KIRKPATRICK

Pour évaluer la formation continue, je choisi le modèle américain du chercheur Donald L. KIRKPATRICK, praticien de l'évaluation de la formation. Sa méthode a largement fait ses preuves depuis les années 50. Je présente l'évaluation sous forme de tableau ou apparaît uniquement les trois premiers niveaux qui nous concernent. (OPCALIA, 2013)

<p>Niveau 1 : Evaluer les réactions</p>	<p>Evaluation du degré de satisfaction des participants vis-à-vis du programme de formation et de leur perception à l'aide d'un questionnaire d'évaluation.</p> <p>→ Facile à mettre en pratique après la formation, cette évaluation peut être réalisée à chaud ou à froid.</p>
<p>Niveau 2 : Evaluer les apprentissages</p>	<p>Mesure des compétences, des connaissances acquises suite à l'apprentissage. L'évaluation doit idéalement être réalisée avant et après la formation.</p> <p>→ En 1^{ère} année, j'ai testé les connaissances des ambulanciers sur les toxicomanes et la toxicomanie grâce à un questionnaire, il serait intéressant de le renvoyer et en mesurer les changements.</p>
<p>Niveau 3 : Evaluer les comportements</p>	<p>Evaluation des changements d'ordre comportemental de l'apprenant suite à la formation, la mise en œuvre des compétences nouvellement acquises.</p> <p>→ Cette évaluation s'effectue sur l'activité pratique à terme de l'ambulancier. Faire un débriefing rapide avec l'ambulancier ayant bénéficié de la formation, une fois qu'il a été confronté à la problématique d'antalgie chez les patients toxicomanes. Prévoir une grille de débriefing simple dans le but de mettre en avant les possibles évolutions depuis le passage en formation.</p>

OPCALIA. (2013). *Evaluer l'investissement formation: le modèle Kirkpatrick*. Récupéré sur <http://www.opcalia.com/telecharger/fiches-techniquesfocus/fiches-focus/evaluer-linvestissement-formation-le-modele-kirkpatrick/>

10. Faisabilité du projet

Avant de mettre en place le projet et de demander toutes les autorisations nécessaires, j'ai besoin de savoir si mon projet est réalisable et surtout si mes objectifs sont atteignables ou s'il faut les modifier ou encore en fixer d'autres.

10.1 Etape 5 : Tester la formation

Malgré mon manque d'objectivité dans cette formation, je dois évaluer la faisabilité en terme de temps et d'objectifs.

Objectif : Evaluer la faisabilité et la pertinence de la formation

J'ai souhaité participer moi-même à la journée de formation ; d'une part pour la crédibilité de mon projet et d'autre part afin d'évaluer le modèle de conception de formation de Sandra ENLART. Ceci afin de relever les objectifs qui sont atteignables, les problèmes rencontrés et surtout le degré de collaboration possible avec les intervenants.

Moyen : Journée de stage d'observation au centre d'injection « Quai 9 »

Je me suis rendue au centre d'injection afin de discuter avec le personnel soignant de mon projet et ainsi lever le doute sur la faisabilité de celui-ci. Pour cela, j'ai pris contact avec une infirmière du centre « Quai 9 », qui y travaille depuis de nombreuses années. Notre entretien téléphonique a donné lieu à une rencontre, le 14 juin 2016, pour effectuer une journée d'observation au cours de laquelle j'ai pu tester ma formation pratique.

10.2 Etape 6 : Ajuster la formation post retour d'expérience personnelle

« *Toute connaissance première constitue un obstacle avec lequel il faut commencer par rompre. On ne peut rien fonder sur l'opinion : il faut d'abord la détruire. Elle est le premier obstacle à surmonter* » (Bachelard,1967)¹¹.

Dans notre cas, il faut « détruire » une opinion négative du toxicomane qui est un obstacle à la prise en charge de sa douleur.

Objectif : Mettre en évidence les obstacles rencontrés

J'ai mis en place des objectifs avec la méthode d'ENLART pour parvenir à un changement de comportement. Pendant cette journée j'ai pu observer les toxicomanes dans leur quotidien, c'était comme si nous étions dans leur monde à eux, avec nos règles.

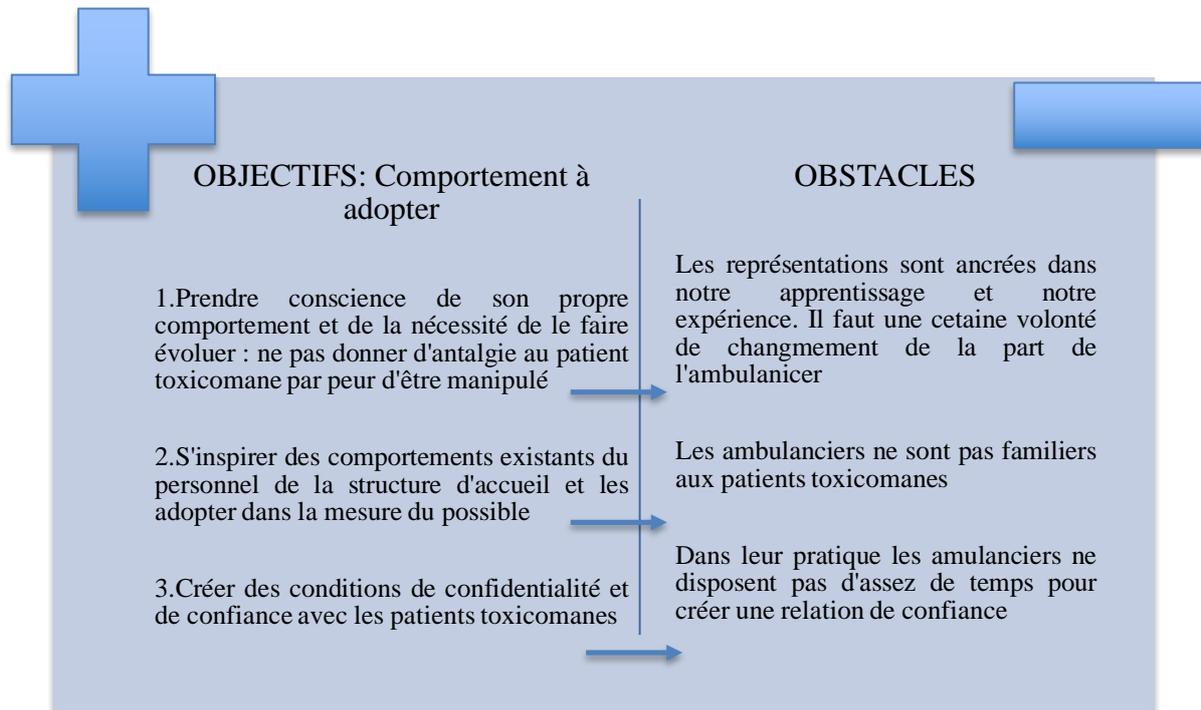
En ayant participé à cette journée de formation, je peux dire que tous les objectifs sont atteignables. Les collaborateurs du centre sont enthousiastes à l'idée de faire partie de ce projet. Une relation de confiance soignant / patient est possible grâce à l'accessibilité des toxicomanes du centre. Ils discutent volontiers avec nous. Ce n'est pas seulement un lieu où les toxicomanes viennent se « shooter » mais ils viennent y chercher un peu de contact entre eux et avec le personnel avec qui ils sont proches et peuvent se confier. C'est pendant cette journée que j'ai pu discuter avec eux et comprendre le parcours que certains ont pu traverser pour en arriver là. Ce qui m'a surpris également, c'était le respect de chacun d'entre eux envers le personnel et les règles du centre

J'ai pu observer qu'ils étaient de tout horizon, des jeunes surtout issus de la rue, déscolarisés, sans emploi, mais aussi des parents et des personnes du troisième âge. Autant de diversité à laquelle je ne m'attendais pas. J'ai même eu la surprise de constater que certains d'entre eux appréciaient les ambulanciers. En effet l'un d'entre eux m'a dit, sans savoir qui j'étais, qu'il faisait toujours attention à ses seringues, les encapuchonnait afin que les ambulanciers ne se blessent pas.

¹¹ Bachelard, G. (1967). *La formation de l'esprit scientifique* (Vol. 5ème édition). Paris: Librairie philosophique J.Vrin

Beaucoup d'entre eux souffrent de pathologies leur procurant des douleurs chroniques due à la consommation. Pourtant la majorité d'entre eux ont peur des établissements médicaux et ne souhaitent pas être hospitalisé par peur du jugement à leur encontre. Ils souhaitent encore moins être transportés en ambulance.

Pour lever les aprioris toutefois, il faut absolument que la démarche de l'ambulancier soit volontaire et personnelle. Il ne faut pas qu'une telle formation lui soit imposée.



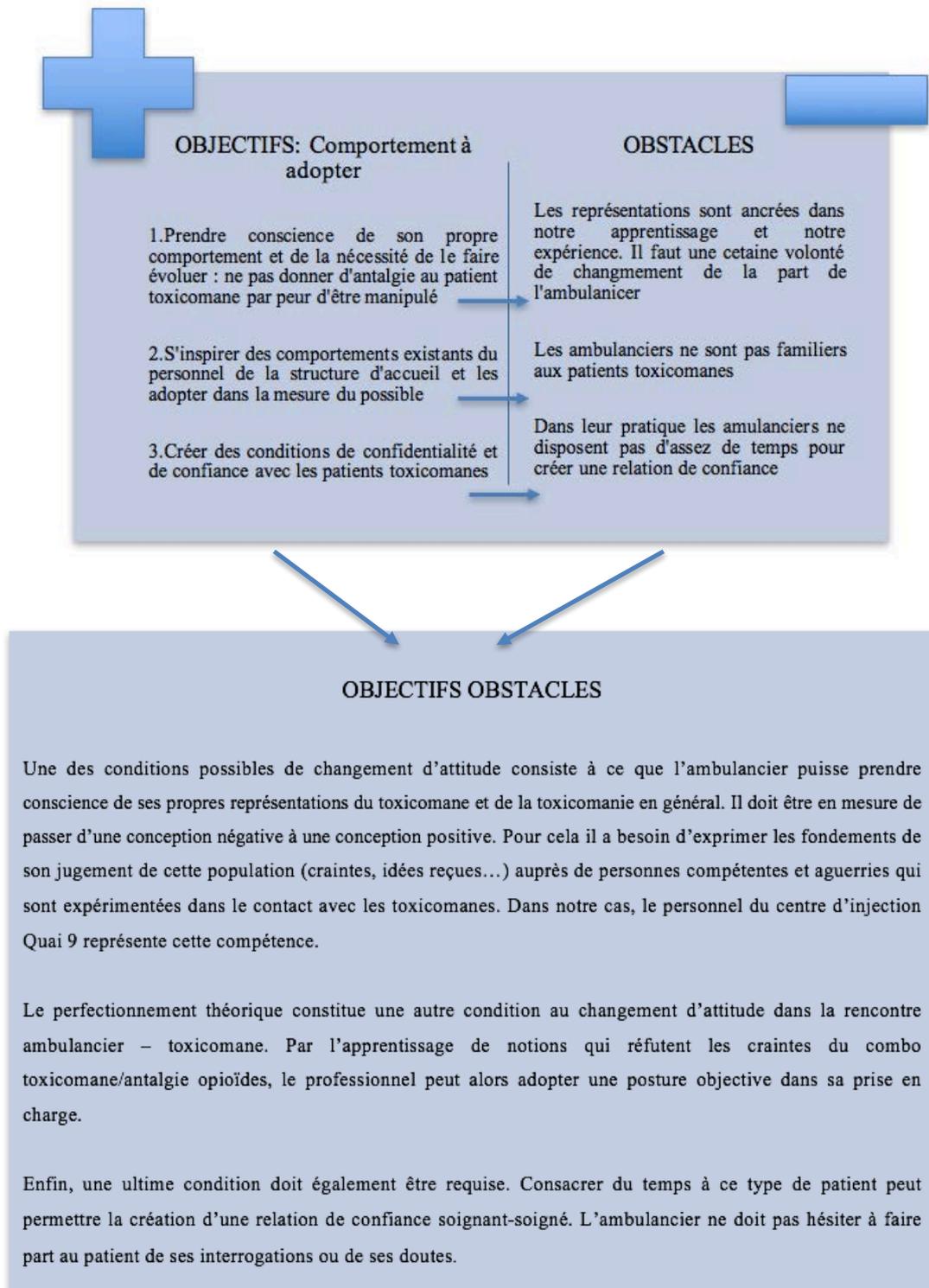
Moyen : Surmonter les obstacles avec l'outil didactique de Jean-Pierre ASTOLFI

Je me suis appuyée sur une théorie existante : celle d'ASTOLFI, un universitaire français, spécialiste de la didactique des sciences. Il a mis au centre de sa réflexion le concept « *d'objectif-obstacle : apprendre par franchissement d'obstacles* ». ¹²

L'outil théorique « *objectif-obstacle* » fournit une clé qui peut permettre de construire des progressions, des reprises d'apprentissage mieux raisonnées, autour d'une succession d'obstacles analysés. L'origine de l'obstacle serait la difficulté à s'appropriier le contenu enseigné.

¹² Astolfi, J. (s.d.). *Apprendre par franchissement d'obstacles*. Récupéré sur http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/reperes/INRP_RS005_7.pdf

Selon ASTOLFI, il faudrait abandonner notre connaissance et la remplacer par une autre plus appropriée. « *Il ne suffit pas de posséder une connaissance meilleure pour que celle qui faisait obstacle disparaisse, il faut l'identifier, la renier explicitement et incorporer sa négation aux connaissances nouvelles.* »¹³



¹³ Astolfi, J. (2008). *La savoir des savoirs*. ESF

11. Mise en place du projet

Les deux parties suivantes constituent une perspective post-diplôme. Mon projet me semblant réalisable, l'objectif est de l'inscrire dans une formation continue interne aux entreprises d'ambulances. Pour cela, il me faudra dans un premier temps obtenir des validations et autorisations de la part des différents partenaires que j'ai choisi d'inclure dans cette formation: le centre d'injection « Quai 9 » et l'AGeMUP¹⁴. De plus, le calcul des coûts relatifs à la mise en place et à la réalisation du projet sont également une étape à prévoir.

11.1 Validation et autorisations

Il me faut d'abord définir des étapes de collaboration entre les entreprises d'ambulances de la ville de Genève et le centre d'injection « Quai 9 ».

11.1.1 Etape 7 : Contacter le centre d'injection « Quai 9 »

Objectif : Obtenir la validation du centre d'injection « Quai 9 »

L'objectif est une collaboration entre les services d'ambulances de la ville de Genève et le centre d'injection « Quai 9 ».

Moyen : Autorisation écrite du centre

Il me faudra prendre contact avec la directrice du centre, madame Martine BAUDIN. Le but sera d'obtenir une convention écrite réglementée. Celle-ci devra comprendre les modalités et objectifs de formation pour cette journée.

¹⁴ AGeMUP : Association GENEvoise des Médecins Urgentistes Pré hospitalier

11.1.2 Etape 8 : Contacter l'AGeMUP pour autoriser la mise en place de la formation continue

Afin de permettre la mise à jour et à disposition de la formation, j'ai choisi de contacter l'AGeMUP. Elle est régie par les médecins répondants des services d'ambulances genevois et leurs adjoints, les médecins cadres de la Brigade Sanitaire Cantonale, ainsi que le médecin responsable de la centrale CASU-144¹⁵.

Objectif : Obtenir la validation de la direction médicale des entreprises

C'est l'AGeMUP qui est en lien direct avec les directions médicales des entreprises d'ambulances. Si je souhaite soumettre le projet aux services d'ambulances, leur approbation est nécessaire.

Le but de l'association est de¹⁶ :

- ❖ Harmoniser les protocoles de prise en charge pré-hospitalière et la formation continue dans le canton de Genève
- ❖ Développer un référentiel scientifique dans le domaine de la médecine d'urgence pré-hospitalière
- ❖ Promouvoir des prises en charge pré-hospitalières de qualité

Moyen : Autorisation écrite

Après la communication de mon projet à l'AGeMUP, l'autorisation délivrée permettra d'informer les médecins répondants de chaque entreprise de la disponibilité de cette formation. Ceux-ci seront donc susceptibles de l'ajouter à leur formation continue à l'interne.

¹⁵ CASU : Centrale d'Appels Sanitaires Urgents

¹⁶ Association GEnnoise des Médecins Urgentistes Pré hospitalier. (2013, février 19). *AGeMUP*. Récupéré sur Cardiomobile: <http://www.cardiomobile.ch/connection/agemup>

11.2 Coût de la formation

11.2.1 Etape 9 : Evaluer le coût de la formation

Pour réaliser une évaluation fine des coûts à prévoir, j'ai choisi de distinguer les coûts directs et indirects. Le coût direct représente les matières premières utilisées pour la création de la formation continue. Ce coût est fixe et facilement évaluable par un devis.

Les coûts indirects sont impossibles d'être affectés immédiatement. Ces coûts sont susceptibles de varier d'une entreprise à l'autre. En effet, chaque entreprise qui souhaite inscrire cette formation à son programme de formation continue aura la liberté des moyens de mise en place.

Objectif : Evaluer les couts directs et indirects de la formation

Les couts directs :

1. La création du livrable dépliant : obtenir un devis incluant les frais d'impression de la plaquette, en fonction du nombre d'exemplaires, du choix du grammage et des finitions apportées.

Les coûts indirects :

1. Les coûts de masse salariale. En raison de l'absence de l'ambulancier formé, la journée consacrée à la formation peut lui être payée ou compensée selon le fonctionnement du service d'ambulances.
2. Le coût du formateur, de l'employé qui organisera la formation. Le temps consacré par l'ambulancier relatif à la mise en place de la formation est à inclure (prise de contact avec « Quai 9 » pour organiser la journée, commande du livrable)
3. Les frais annexes : le moyen de locomotion pour se rendre sur le lieu de la formation (défraiement kilométrique, billet de transport en commun), les frais consacrés au repas lors de cette journée.

L'ensemble de ces coûts déterminera le tarif plancher de la formation.

12. Bilan et évaluation du projet

Dans cette partie, je développe l'analyse et le bilan de mon projet. Je me penche également sur les apports personnel et professionnel, permis par la réalisation de ce projet.

12.1. Identifier les limites et les biais du projet

J'ai choisi de rapporter les limites et biais auxquels j'ai été confrontée pour chaque phase clé de mon projet.

Le sujet :

D'un point de vue éthique, la volonté d'améliorer la prise en charge de la douleur des patients toxicomanes me semble essentielle. En regard de la prévalence de la toxicomanie qui ne cesse d'augmenter en Suisse et des besoins des ambulanciers soulevés lors de ma phase exploratoire, il me paraissait nécessaire de proposer un outil de formation relatif à la prise en charge de l'antalgie des patients toxicomanes.

Cependant, le peu de prise en charge annuelle de ce type de patients a rendu mon analyse de la problématique plus compliquée. Le sujet soulevant un problème éthique a également freiné les réponses des interrogés lors de la phase exploratoire, biaisant ainsi les résultats.

Enfin le questionnaire n'a pas été distribué à une échelle suffisamment importante pour permettre une généralisation des pratiques ambulancières, cependant les résultats sont représentatifs d'une tendance globale.

Le contenu de la formation :

L'approche pédagogique retenue, à savoir le livrable dépliant, me semble simple d'utilisation et reste un support réutilisable dans la pratique de l'ambulancier. Les recherches théoriques ont été difficiles à mener, il m'a fallu sélectionner des sources fiables et pertinentes et de questionner les bonnes personnes sur le sujet afin de valider mon contenu théorique.

Les limites au livrable se situent surtout d'un point de la volonté ou non de l'ambulancier à prendre connaissance du contenu.

L'approche sur le terrain quant à elle, combine une dimension cognitive et une dimension affective. Les intentions de formation sur le terrain semblent cohérentes ainsi que les valeurs centrales qui sont une évolution de représentations pour une amélioration de prise en charge d'un patient. Les limites se situent surtout du point de vue du changement des représentations qui reste complexe à évaluer mais surtout à induire. J'ai pu montrer que prendre conscience de ses propres conceptions et passer d'une conception négative à une conception positive n'est pas une simple affaire. Enfin, le faible nombre d'ambulanciers par session de formation rend ce projet un peu élitiste car « Quai 9 » ne peut accueillir qu'un seul participant à la fois.

La mise en place :

J'ai rencontré beaucoup de difficulté dans la manière de mettre en place cette formation.

A l'origine je souhaitais proposer la formation à l'interne de mon entreprise, comme un projet pilote. Je voulais également être l'instigatrice de ce projet et mener la formation au sein de mon entreprise, ce qui aurait été plus aisé en terme d'autorisations. Malgré la complexité apparente du cadre législatif (autorisations) à intégrer, la mise à disposition de la formation à l'AGeMUP me semble plus pertinente notamment au vu du nombre d'ambulanciers potentiellement concernés. En effet, dans cette association, chaque service d'ambulances est représenté par son médecin répondant. Ce qui signifie qu'aucun service ne peut ignorer l'existence de la formation. La limite et non des moindres reste l'acceptation ou non du projet par le comité de l'association lors de son assemblée générale.

L'évaluation :

Concernant l'évaluation de la formation continue, je ne dispose d'aucun recul.

On ne pourra en évaluer l'efficacité et l'efficacités qu'en comparant les futurs résultats aux objectifs de départ et en analysant les écarts. Cependant, je peux d'ores et déjà annoncer un biais. Si une évolution de comportement a lieu, je ne peux admettre qu'elle soit due exclusivement à la participation à la formation, car nous avons à faire à des Hommes qui sont susceptibles de rencontrer dans leur vie des situations diverses pouvant impacter leurs comportements.

12.2 Acquisitions personnelles et professionnelles

D'un point de vue personnel, le projet a été difficile à mettre en perspective. J'avais peur de me confronter au regard accusateur des ambulanciers au vu de mon sujet délicat d'un point de vue éthique. Mais au fur et à mesure j'ai assumé le fait de vouloir travailler sur ce sujet. J'ai pris confiance en mon sujet et me suis lancée dans le projet fou d'une rencontre entre un ambulancier et un toxicomane. J'ai appris sur ma capacité à relever un défi personnel qui est de faire changer un comportement.

Les limites imposées par le projet en lui-même étaient difficiles à respecter. J'ai donc appris à créer et gérer une planification afin que les objectifs soient tenus. Je me rends compte que monter un projet peut prendre du temps et beaucoup d'ampleur. J'ai appris à freiner mon enthousiasme au vu du peu de prise en charge de patients toxicomanes surtout pour une antalgie.

Dun point de vue professionnel, la journée d'immersion m'a permis une plus large ouverture d'esprit quant à qui sont ces toxicomanes, comment être dans le non jugement et dans la bienfaisance vis à vis de ce type de patients. Les contenus théoriques ont également pu enrichir mes connaissances personnelles sur le sujet.

13. Conclusion

Faire changer un comportement. En voilà un défi. Les représentations font partie du quotidien de chacun et les ambulanciers n'en sont pas exclus. Comment faire pour qu'un ambulancier n'ait pas d'idées préconçues, d'opinions négatives et cela afin d'améliorer la prise en charge de la douleur chez les patients toxicomanes ? Ces patients toxicomanes qui sont stigmatisés, qui sont peu pris au sérieux et en considération. Je suis donc partie d'un questionnement, j'ai rassemblé divers apports théoriques, j'ai enquêté, j'ai analysé les résultats pour parvenir à des besoins concrets pour les ambulanciers. Et voilà comment est né mon projet de formation continue.

Malgré la faible proportion de toxicomanes, les ambulanciers y sont fréquemment confrontés. J'ai pu montrer que l'antalgie n'était pas sans risque pour le patient toxicomane. Une prise de conscience sur ces risques rendra certainement l'ambulancier plus serein dans ses actions.

J'ai mené ce travail en m'intéressant uniquement à la prise en charge antalgique du patient toxicomane. Mais je me rends compte que mon travail touche un aspect comportemental qui servira pour tout type de prise en charge du patient toxicomane.

L'avenir nous le dira, mais si une évolution de comportement ne serait-ce que minime soit possible, le doute ira enfin au bénéfice du patient !

14. Bibliographie

Les ouvrages :

Angel, P, Richard, D, Valleur, M, & Chagnard, E. (2005). *Abrégés Toxicomanies* (éd. 2e édition). Paris: Masson.

Astolfi, J. (2008). *La savoir des savoirs*. ESF.

Bachelard, G. (1967). *La formation de l'esprit scientifique* (Vol. 5ème édition). Paris: Librairie philosophique J.Vrin.

Bonsack, C., Morandi, S., Favrod, J., & Conus, P. (2013, mars 13). Le stigmate de la folie: de la fatalité au rétablissement. *Revue médicale suisse*.

Enlart, S. (2007). *Concevoir des dispositifs de formations d'adultes: du sacre au simulacre du changement*. Paris: Les éditions Demos.

Reynaud, M., Parquet, PJ, & Lagrue, G. (2000). *Les pratiques addictives: Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris: Odile Jacob.

Les ressources internet :

Association GENEvoise des Médecins Urgentistes Pré hospitalier. (2013, février 19). *AGeMUP*. Récupéré sur Cardiomobile: <http://www.cardiomobile.ch/connection/agemup>

Astolfi, J. (s.d.). *Apprendre par franchissement d'obstacles*. Récupéré sur http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/reperes/INRP_RS005_7.pdf

Carcel, J. (2014). *Qui sont les toxicomanes*. Consulté le mars 25, 2015, sur Conseil aide et action contre la toxicomanie: http://www.caat.online.fr/dossiers/qui_sont.htm

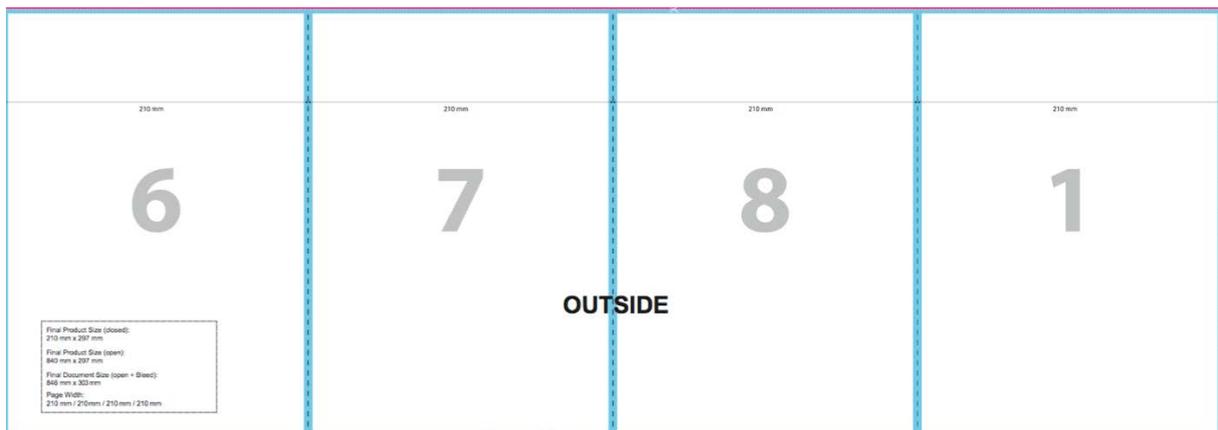
OPCALIA. (2013). *Evaluer l'investissement formation: le modèle Kirkpatrick*. Récupéré sur <http://www.opcalia.com/telecharger/fiches-techniquesfocus/fiches-focus/evaluer-linvestissement-formation-le-modele-kirkpatrick/>

15. Annexes

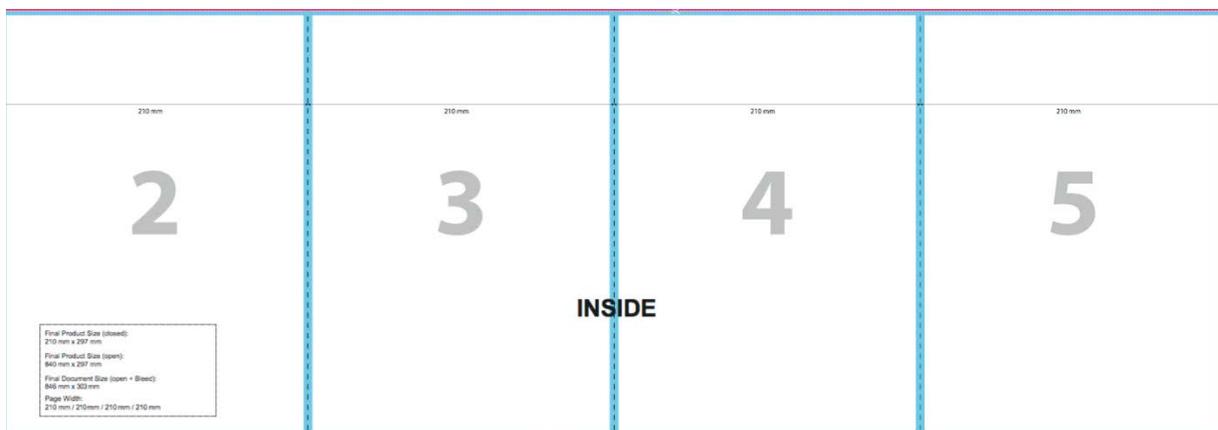
15.1 Annexe I

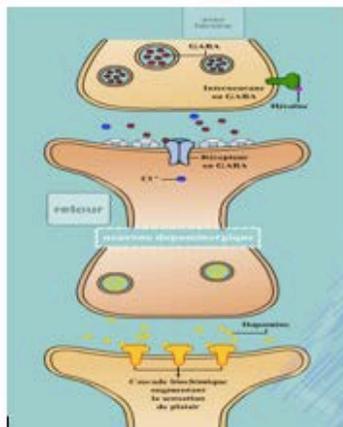
15.1.1 Livrable

Page 1 recto



Page 2 verso





C'est un opiacé dépressif du système nerveux central car il agit sur le système GABA.

Elle agit sur le système de la récompense, au niveau du système nerveux central.

Elle augmente la libération de Dopamine, neurotransmetteur du système de la récompense, du plaisir et du bien-être.

En réponse à l'augmentation de Dopamine, le corps réduit sa production d'endorphines car les récepteurs opioïdes sont saturés, on parle alors d'accoutumance et de potentiel addictif élevé. A l'arrêt de la substance le consommateur ressent des symptômes de manque appelé syndrome de sevrage et n'a d'autre choix que de consommer à nouveau de l'héroïne.

Ses effets psychiques sont l'euphorie, le plaisir intense, la sensation d'apaisement voire d'extase, une somnolence plus ou moins profonde.

Ses effets somatiques sont les nausées, vomissements, vertiges, bradycardie, dépression respiratoire et l'overdose susceptible d'entraîner la mort.

LE COMBO ANTALGIE- HEROÏNE

Quels sont les risques psychosomatiques liés à l'administration d'antalgie chez le patient toxicomane ?

1. La dépression respiratoire

Nos antalgiques opioïdes : Fentanyl¹, Morphine, ont une action centrale sur nos récepteurs endogènes opioïdes. L'ajout d'opiacés synthétiques augmente les risques de dépression respiratoire avec une diminution du rythme et de l'amplitude de la respiration.

2. L'hyperalgésie

Une exposition prolongée aux opioïdes traduit une augmentation de la sensibilité à la douleur, appelée hyperalgésie.

Dans la prise en charge d'un patient toxicomane actif qui a développé une tolérance il faut donc administrer une dose supérieure d'opiacés pour arriver à un seuil thérapeutique efficace d'antalgésie ce qui majore le risque de dépression respiratoire.

3. L'éthique

L'utilisation du morphinique en intraveineux est à éviter pour que le patient n'expérimente pas un « shoot ».

Les traitements de substitution constituent-ils un risque pour l'antalgie ?

L'élément à retenir est que les traitements de substitution Méthadone² et Subutex³ agissent sur les récepteurs aux opiacés et peuvent induire des dépressions respiratoires.

L'ajout d'un opiacé au patient qui ne prend plus de substances psychoactives, peut-elle entraîner des risques de rechute ?

Le risque de ré induire une dépendance chez l'ancien toxicomane est réel (20 %).

Le premier problème qui se pose est le risque de reconditionnement et le syndrome de manque.

S'il n'y pas d'autres solutions, il faudra introduire un traitement aux opiacés en prenant soins d'expliquer au patient les risques de l'administration.

Il faut prendre en considération le risque d'une sédation trop importante susceptible de provoquer une dépression respiratoire.

Le second problème est une question d'éthique.

Nos antalgies sont administrées en intraveineux ce qui peut entraîner un « reconditionnement » (un rappel) aux effets des bolus intraveineux de morphiniques, ».

A éviter pour que le patient n'expérimente pas un « shoot » comme auparavant, administrer per os ou en intranasal si possible.

EN RESUME : CAVE !

L'administration d'opiacés chez les patients toxicomanes n'est pas anodine. Elle requiert des connaissances sur les risques liés à leur administration chez ce type de patient.

Il existe un risque de réintroduire une dépendance dans 20% des cas pour le patient sévère aux opiacés, ainsi qu'un risque important d'induire un reconditionnement lié au mode d'administration d'antalgie en intraveineux.

Il existe des risques de dépression respiratoire par combinaison avec le traitement de substitution.

Antalgie et toxicomanie

INFORMATION

0.7% de la population suisse a déjà pris de l'héroïne au cours de leur vie.

A peu près 22000 personnes en consomment régulièrement.

La proportion d'usagers la plus importante se trouve au sein des 25-34 ans et toucherait plus les hommes que les femmes.

L'objectif de cette brochure est d'améliorer vos connaissances théoriques sur l'antalgie spécifique au domaine de la toxicomanie et la toxicomanie en elle-même, afin d'améliorer la prise en charge de la douleur chez le patient toxicomane.

En pré hospitalier nous utilisons des opiacés comme antalgie, qui ne sont pas sans risque pour les toxicomanes.

Voyons cela d'un peu plus près...

LA TOXICOMANIE ET LE TOXICOMANE

Qu'est-ce que la toxicomanie ?

Elle est définie comme « l'état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue et qui s'accompagne d'un invincible désir ou d'un besoin de continuer à consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens ».

C'est un phénomène social évolutif qui peut toucher tout individu. Elle est source d'exclusion sociale et d'altération psychosommatique.

Dépendance et accoutumance, qu'elle différence y a-t-il ?

Alors même que ces deux états font partie du même processus, l'accoutumance se manifeste après la dépendance.

L'accoutumance est un processus au cours duquel l'organisme va s'adapter à une substance jusqu'à ce que la personne ne ressente plus d'effets lors de sa prise et doive augmenter les doses.

La dépendance s'applique pour les consommateurs dans l'impossibilité de s'abstenir de consommer.

On distingue la **dépendance psychique** : besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien être qu'apporte la substance mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit ; de la **dépendance physique** : besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit.

Qu'appelle-t-on le sevrage ?

Le sevrage est l'approche visant à supprimer une dépendance à un toxique.

La substance à une réelle emprise sur le toxicomane qui ne peut se passer de sa consommation. Le fait de s'en priver a des répercussions psychiques et physiques tel le syndrome de manque qui le pousse à consommer à nouveau.

Dans la phase de sevrage les 36-48h sont les plus dures. A noter que l'on peut mourir d'une prise d'héroïne mais pas de symptômes de sevrage, contrairement aux idées reçues.

Quels sont les symptômes de sevrage ?

Rhinorrhée, larmoiements, Frissons, sous 24 à 48h : crampes musculaires et abdominales.

Le comportement de recherche compulsive est très marqué et persiste après la diminution des symptômes physiques.

Qui sont les toxicomanes ?

Ils ne constituent pas un groupe homogène. Il n'y a pas un profil type mais une intrication de plusieurs facteurs.

Les facteurs prédisposants comme la personnalité, le contexte familial associé au contexte social augmente de manière exponentielle la possibilité de devenir toxicomane.

Le toxicomane actif consomme de manière régulière ou occasionnelle de la drogue.

Le patient substitué consomme les produits, dits de substitution, administrés sur prescription médicale.

Le toxicomane sevré est un ancien toxicomane actif ou substitué qui ne prend plus de drogues illicites.

Quels sont les facteurs prédisposants ?

1. La vulnérabilité biologique

Des déterminants psychologiques comme une faible estime de soi, peu de tolérance à la frustration, des difficultés à gérer les conflits, la dépression, l'impulsivité, les troubles du comportement ou de la personnalité.

2. Des situations déclenchantes

L'environnement social telles que des situations stressantes, des problèmes dans la famille, le travail ou l'école.

La société joue aussi un rôle dans la prédisposition comme les visions négatives de l'avenir, la recherche de performances.

3. La rencontre avec le produit

L'accessibilité facilité au produit, la dose et la durée de consommation.

Que représente la stigmatisation ?

La stigmatisation est une réaction sociale naturelle, discriminatoire, en partie inconsciente et automatique envers des populations différentes et vulnérables qui peuvent sortir du chemin conceptuel de la « normalité ».

C'est un phénomène social universel exercé par une population dominante sur des populations vulnérables.

Le processus de stigmatisation s'apparente à un étiquetage qui aboutit à des conséquences sociales de stéréotype et d'exclusion sociale.

Qu'est-ce que la stéréotypie ?

Un stéréotype est une opinion toute faite, acceptée sans réflexion et répétée sans avoir été soumise à un examen critique, par une personne ou un groupe, et qui détermine ses manières de penser, de sentir et d'agir.

En résumé il s'agit d'un ensemble de représentations subjectives qui s'établissent dans notre quotidien.

De nos jours le profil type du toxicomane est le jeune en échec scolaire, avec une conduite antisociale, sans insertion professionnelle.

Le fait de stigmatiser le toxicomane le rend différent des autres, et ainsi même à sa stéréotypie et à son exclusion sociale.

LA PRATIQUE ADDICTIVE

Qu'est-ce que l'héroïne ?

L'héroïne (Diamorphine ou Diacétylmorphine) est un dérivé opiacé, un extrait de la plante d'où est tirée l'opium : le pavot.

Elle est proche de l'opium, mais nécessite toute une préparation pour être consommable.

Si sa synthèse n'étant pas légale, elle est effectuée par un "chimiste".

Quels sont ses modes d'administration ?

Sniffée effets en +/- 5 minutes



Fumée effets en 1 à 2 minutes

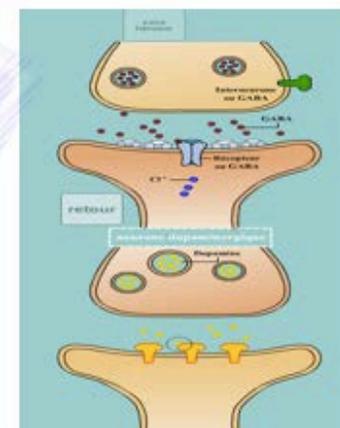


Injectée effets en +/- 20 secondes



Elle est plus largement injectée car la montée est extrêmement rapide avec un effet « flash » décrit comme un « orgasme ».

Quels sont ses effets ?



15.2 Annexe II

15.2.1 Devis livrable dépliant

LimprimerieGenerale.ch

FLUOO
45 rue du vallon
ZA Le parvis
38500 Voiron
France
Tél : 00 33 4 82 53 20 16
Fax : 00 33 9 72 27 46 10

Voiron, le 11/08/2016

DEVIS

Numéro de Devis : 362639

Désignation	Tarif HT
Produit : Dépliant Nombre de pages et de volets : 8 pages (dépliant avec 3 plis, 4 volets) Format fermé (format lorsque votre dépliant est replié) : DL 100x210 mm (idéal pour enveloppe) Orientation : Format paysage Papier : 250g Couché professionnel - Semi-rigide supérieur Finition Papier : Brillant Type d impression : STANDARD Couleur (offset quadri full color) Finition : 3 Plis accordéons - 4 volets Option de finition rainage OBLIGATOIRE sur documents pliés en 170g, 250g et 350g : 3 Lignes Pays de livraison : Suisse Quantité : 250 exemplaires Délai de fabrication : J + 9 jours ouvrés. Pour toute commande passée avant 10h et fichiers exploitables fournis. Option B.A.T. électronique GRATUIT ! si présence de notre logo type limprimeriegenerale.ch sur votre document (Hauteur:5.2mm Largeur:5.15cm) Archivage de vos fichiers 4 ans OFFERT Frais de dossier OFFERTS (commande internet) Livraison incluse	200,82 €

Montant HT du Devis	200,82 €
TVA (0,00) sur Commande :	0,00 €
Montant TTC Commande :	200,82 €

Nos devis sont libellés en euros.
Aucun escompte pour paiement anticipé ne sera accordé.

Les conditions générales de vente applicables sont celles signées lors de la commande. Devis valable 24h
Pénalités de retard : en cas de paiement après échéance, des intérêts seront dus au taux légal majoré de 2 % par mois de retard.
Fluoo ZA Le Parvis 45 rue du Vallon 38500 VOIRON - SARL au capital de 28000 € - SIRET 48150374600044 - RCS 481 503 746 GRENOBLE - TVA IC FR54 481 503 746 - APE 7311Z