

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers.

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

« Mythes de la morphine auprès du personnel infirmier »
Etude comparative entre diverses unités de soins du Valais romand.

Effectué par : Samuel Zryd

Promotion : Bachelor 08

Sous la direction du : Docteur Thomas Doucet

Sion, juillet 2011

*« Rien n'est poison, tout est poison.
Seule la dose fait le poison »*

Paracelse (1493-1541)

Abstract

Contexte : L'utilisation de la morphine à usage médical se confronte toujours, à l'heure actuelle, à certaines croyances erronées (mythes), en particulier sur les effets secondaires. La gestion inadaptée de la douleur peut avoir d'importantes répercussions invalidantes pour l'individu.

Objectifs : Le but de cette étude est de comparer divers secteurs de soins afin de mettre en évidence de possibles dissemblances entre croyances infirmières en lien avec les préconstruits, l'administration et les risques de la morphine. Nos recherches se sont ensuite affinées au sein des groupes en fonction du genre, de l'âge, de l'expérience, de la nationalité et de la religion afin d'expliquer les éventuelles dissemblances entre secteurs.

Population : La population cible comprend des infirmiers/ères diplômés/es travaillant dans le domaine de la pédiatrie, de la médecine-chirurgie, des soins aigus (urgences, soins continus, soins intensifs), des centres médico-sociaux et des établissements médico-sociaux du Valais romand.

Méthode : Enquête de type quantitative effectuée par questionnaire auto-administré. Regroupement de questions puis utilisation du programme informatique SPSS 18.0.

Résultats : 515 questionnaires ont été analysés. Plusieurs différences significatives ont pu être établies entre les services de soins dont la majorité concerne les croyances liées aux préconstruits généraux et au risque d'effets secondaires.

Recommandations : Actuellement, les résultats montrent que l'amélioration des connaissances scientifiques favorise une meilleure connaissance du produit et influence les mythes de la morphine. De ce fait, il est important d'assurer des formations continues régulières, se baser sur des protocoles ayant été approuvés par des experts et réévaluer fréquemment la douleur du patient.

Mots clés : Morphine – opiacés – douleur – croyance – mythe - Valais romand.

Keywords : Morphine – opiates – pain – belief – myth – Wallis Romand.

L'auteur confirme n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes m'ayant dirigé, épaulé, conseillé, aidé et soutenu durant l'ensemble de ma formation au sein de la HES-SO, et plus particulièrement toutes celles qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de Bachelor.

Un merci tout particulier à :

- Mon directeur de mémoire, le Docteur Thomas Doucet (IL, PhD science infirmière) pour sa disponibilité, son écoute et son partage de savoir tout au long de l'étude.
- Monsieur Henk Verloo, doctorant en soins infirmiers, pour sa collaboration avec la HES-SO ainsi que pour les nombreux aiguillages qu'il m'a apportés au sujet de l'analyse quantitative.
- Tous les directeurs, infirmiers/ères chefs/ffes des établissements médico-sociaux et centres médico-sociaux du Valais romand, avec qui j'ai eu contact, pour leur gentillesse et leur autorisation d'étude.
- Toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire, sans quoi l'étude n'aurait pu aboutir.
- Ma famille dont ma fiancée, ainsi que mes amis qui m'ont apportés un soutien et des encouragements inestimables à travers leur aide, leurs paroles et les sorties en leur compagnie.

Je vous souhaite désormais une excellente lecture et espère vous apporter certains éléments utiles pour une gestion adéquate de la douleur avec les morphiniques auprès de vos patients.

Table des matières

Table des illustrations.....	i
1. Introduction.....	1
1.1. Contexte de l'étude	1
1.2. Question de départ	2
1.3. Préconstruits	3
1.4. Motivations.....	4
1.4.1. Motivations personnelles	4
1.4.2. Motivations socioprofessionnelles	5
1.4.3. Motivations économiques	6
1.4.4. Motivations politiques	7
1.5. Compétences professionnelles	7
1.5.1. « Contribuer à la recherche en soins et en santé »	7
1.5.2. « Participer aux démarches qualité ».....	8
1.6. Objectifs personnels d'apprentissage	8
2. Problématique	10
2.1. Situation problématique du terrain.....	10
2.2. Etat des lieux de la problématique	11
2.3. Question spécifique de recherche.....	15
3. Cadre de référence.....	16
3.1. Concept de douleur	16
3.1.1. La douleur aiguë.....	17
3.1.2. La douleur chronique	20
3.2. Concept de morphine	21
3.2.1. Historique des morphiniques	21

3.2.2. Mécanisme d'action de la morphine	23
3.2.3. Descriptif de la pratique professionnelle	25
3.3. Concept de mythe.....	26
3.3.1. Origine et évolution du mythe	26
3.3.2. Définitions actuelles du mythe	28
3.3.3. Eléments constitutifs du mythe	29
3.4. Concept de croyance.....	30
3.4.1. Origine et évolution de la croyance.....	30
3.4.2. Définitions actuelles de la croyance.....	31
3.4.3. Eléments constitutifs de la croyance.....	31
4. Cadre conceptuel	34
4.1. Théorie infirmière.....	34
4.2. La philosophie et l'art d'aider	35
5. Carte conceptuelle.....	36
6. Méthodologie	37
6.1. Objectifs spécifiques de l'étude	37
6.2. Devis de recherche.....	37
6.3. Instrument de recherche.....	38
6.4. Récolte de données.....	39
6.5. Echantillonnage	39
6.5.1. Type et taille de l'échantillonnage à convenance	40
6.5.2. Avantages et limites de l'échantillon	40
6.6. Plan de récolte de données	41
6.7. Technique d'analyse des données.....	42
6.8. Principes éthiques	43
6.8.1. Participation volontaire et questionnaire codé	43
6.8.2. Respect de la dignité de la personne.....	44

6.8.3. Bienfaisance et non-malfaisance	44
7. Résultats.....	45
7.1. Composition et caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	45
7.2. Résultats intergroupes.....	46
7.2.1. Association d'idées par le mot morphine	47
7.2.2. Préconstruits au sujet de la morphine.....	48
7.2.3. Administration et dosage de la morphine.....	49
7.2.4. Risques et conséquences de la morphine	50
7.2.4.1. Effets secondaires sur le système nerveux central.....	51
7.2.4.2. Effets secondaires sur le système respiratoire	52
7.2.4.3. Effets secondaires sur le système urinaire	52
7.2.5. Administration de morphine au cours de la dernière année.....	53
7.2.6. Fréquence d'utilisation de la morphine	53
7.3. Résultats intragroupes.....	53
7.3.1. Services de pédiatrie	54
7.3.1.1. Association d'idées	54
7.3.1.2. Préconstruits.....	54
7.3.1.3. Administration et dosage	55
7.3.1.4. Risques et conséquences.....	55
7.3.2. Services de médecine et chirurgie.....	56
7.3.2.1. Association d'idées	56
7.3.2.2. Préconstruits.....	57
7.3.2.3 Administration et dosage	57
7.3.2.4. Risques et conséquences.....	58
7.3.3. Services de soins aigus	59
7.3.3.1. Association d'idées	59
7.3.3.2. Préconstruits.....	59

7.3.3.3. Administration et dosage	60
7.3.3.4. Risques et conséquences.....	61
7.3.4. Centres médico-sociaux	62
7.3.4.1. Préconstruits.....	62
7.3.4.2. Association d'idées	62
7.3.4.3. Administration et dosage	63
7.3.4.4. Risques et conséquences.....	63
7.3.5. Etablissements médico-sociaux	64
7.3.5.1. Association d'idées	64
7.3.5.2. Préconstruits.....	64
7.3.5.3. Administration et dosage	65
7.3.5.4. Risques et conséquences.....	65
8. Discussion	66
9. Synthèse.....	74
9.1. Réponse à la question de recherche	74
9.2. Atteinte des objectifs de recherche.....	74
9.3. Validité interne	75
9.3.1. Choix du thème.....	75
9.3.2. Choix de la question spécifique	75
9.3.3. Choix du cadre de référence	76
9.3.4. Choix de l'outil méthodologique	76
9.3.5. Choix de l'analyse.....	77
9.4. Validité externe	78
9.4.1. Saturation des données.....	78
10. Conclusion.....	80
10.1. Bilan personnel.....	80
10.1.1. Facilités et difficultés rencontrées lors de la recherche	80

10.1.2. Apport personnel à la recherche.....	81
10.1.3. Contrôle des objectifs d'apprentissage	81
10.2. Bilan professionnel	82
10.2.1. Retour sur les compétences professionnelles	82
10.2.1.1. « Contribuer à la recherche en soins et en santé »	82
10.2.1.2. « Participer aux démarches qualité »	82
10.2.2. Piste de réflexion	83
10.2.3. Recommandations pour la pratique	84
11. Lexique	85
12. Références bibliographiques	86
13. Références cyberographiques.....	92
Annexes :.....	95

Table des illustrations

Figure 1 : Carte conceptuelle.....	36
Tableau 1 : Composition et caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	46
Tableau 2 : Association d'idées par le mot morphine, intergroupes	47
Tableau 3 : Préconstruits au sujet de la morphine, intergroupes.....	49
Tableau 4 : Administration et dosage de la morphine, intergroupes.....	50
Tableau 5 : Risques et conséquences de la morphine, intergroupes	51
Tableau 6 : Effets secondaires sur le système nerveux central, intergroupes	52
Tableau 7 : Effets secondaires sur le système respiratoire, intergroupes.....	52
Tableau 8 : Effets secondaires sur le système urinaire, intergroupes	52
Tableau 9 : Administration de morphine au cours de la dernière année, intergroupes	53
Tableau 10 : Opinion sur la fréquence d'utilisation de la morphine, intergroupes.....	53
Tableau 11 : Association d'idées par le mot morphine, pédiatrie	54
Tableau 12 : Préconstruits généraux de la morphine, pédiatrie	55
Tableau 13 : Administration et dosage de morphine, pédiatrie.....	55
Tableau 14 : Effets secondaires de la morphine, pédiatrie.....	56
Tableau 15 : Association d'idées par le mot morphine, médecine-chirurgie	57
Tableau 16 : Préconstruits généraux de la morphine, médecine-chirurgie	57
Tableau 17 : Administration et dosage de la morphine, médecine-chirurgie	58
Tableau 18 : Effets secondaires de la morphine, médecine-chirurgie	59
Tableau 19 : Association d'idées par le mot morphine, soins aigus	59
Tableau 20 : Préconstruits généraux de la morphine, soins aigus	60
Tableau 21 : Administration et dosage de la morphine, soins aigus.....	60
Tableau 22 : Effets secondaires de la morphine, soins aigus.....	61
Tableau 23 : Association d'idées par le mot morphine, centres médico-sociaux	62
Tableau 24 : Préconstruits généraux de la morphine, centres médico-sociaux	62
Tableau 25 : Administration et dosage de la morphine, centres médico-sociaux	63
Tableau 26 : Effets secondaires de la morphine, centres médico-sociaux	63
Tableau 27 : Association d'idées par le mot morphine, établissements médico-sociaux	64
Tableau 28 : Préconstruits généraux de la morphine, établissements médico-sociaux	64
Tableau 29 : Administration et dosage de morphine, établissements médico-sociaux	65
Tableau 30 : Effets secondaires de la morphine, établissements médico-sociaux	65

1. Introduction

1.1. Contexte de l'étude

La présente étude s'inscrit dans mon cursus d'étudiant, dans le but d'obtenir mon diplôme « Bachelor of Sciences en soins infirmiers ».

Pour la première fois, depuis la création de la filière soins infirmiers niveau Bachelor en Valais romand¹, il nous a été accordé de nous joindre à une étude de coopération médico-infirmière pour la réalisation de ce travail.

Le sujet que le groupe de collaborateurs² de Monsieur Henk Verloo³ souhaitait traiter concernait : « La perception de l'utilisation de la morphine auprès de la population générale et des professionnels de la santé dans la prise en charge de la douleur ». Un intérêt certain pour ce sujet m'encouragea à y participer car, depuis le début de ma formation à la HES-SO⁴, de nombreuses situations de soins m'ont questionné quant à l'utilisation des opiacés, en particulier les morphiniques.

Cette recherche quantitative vise à identifier les mythes, les croyances et les représentations de la morphine de strates cibles, sur plusieurs sites de Suisse occidentale, afin de pouvoir les comparer et les mettre en lien au savoir scientifique actuel.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, il a été convenu avec la HES-SO et Monsieur Verloo que je travaillerai sur une question d'intérêt personnel et professionnel spécifique. Je me suis donc penché sur divers secteurs de soins du Valais romand afin de pouvoir les comparer. Ainsi, il serait possible de comprendre l'origine d'éventuelles idées erronées ou non fondées. Si l'étude venait à montrer des discordances, il serait alors envisageable de cibler une certaine population et encourager les infrastructures spécifiques à assurer des formations complémentaires au sujet de la substance. En changeant les croyances infirmières, une meilleure

¹ 1^{ère} volée en l'année académique 2008-2009.

² Docteur Olivier Berclaz, Madame Christine Maupetit et Madame Maria Ferreira.

³ Directeur d'un établissement médico-social dans le Jura et anciennement Infirmier Chef à la Clinique Genevoise de Crans-Montana.

⁴ Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale.

administration du produit pourrait être pratiquée et la gestion de la douleur s'en verrait modifiée.

Deux de mes collègues de promotion, madame Filipa Maria Peirera et monsieur Alexis Antille ont également souhaité se joindre à cette recherche et effectuer un sondage au sein des différentes années de formation Bachelor des soins infirmiers à Sion. Nous collaborerons donc, tout au long du travail, pour ce thème, dans un but et dans un apprentissage commun.

1.2. Question de départ

Comme la grande majorité des êtres humains⁵, j'ai dû, depuis ma plus petite enfance, affronter la sensation douloureuse. J'y ai toujours été très attentif, et considère que si elle peut être évitée, elle doit l'être. Au fond, elle a essentiellement une fonction d'alerte pour l'organisme, de prodrome dans la médecine moderne pour favoriser la pose de diagnostics⁶ et d'indications pour le degré d'urgence.

Dans une dynamique hospitalière, l'infirmier⁷ a un rôle autonome d'observateur clinique qui, selon son savoir, va l'encourager à avertir le médecin ou non. Il y a donc un lien dynamique important entre le patient, l'infirmier et le médecin.

Ayant des valeurs personnelles développées concernant le respect et le confort de l'individu, je me suis, à de nombreuses reprises, questionné sur l'utilisation des antalgiques et la gestion de la douleur. J'ai pu observer que certains professionnels de la santé avaient de l'appréhension quant à l'administration de produits tels que la morphine. Cette préoccupation pour cet antidouleur m'interpelle donc depuis plusieurs années...

Durant mes formations, j'ai eu l'occasion de faire plusieurs stages dans des unités de soin très diverses. J'ai pu observer des comportements très variés vis-à-vis de l'utilisation de la morphine. Plusieurs anecdotes cliniques m'ont

⁵ Mis à part les personnes souffrant d'analgésie congénitale.

⁶ Diagnostics médicaux et infirmiers

⁷ Jusqu'au chapitre 7, le terme infirmier est indifféremment utilisé pour les deux genres.

poussé à me questionner sur le sujet. Dès lors, je me suis demandé si le service de travail, l'expérience professionnelle, la culture du soignant, la pathologie traitée et les croyances des patients pouvaient avoir une influence sur l'utilisation du produit.

1.3. Préconstruits

Avant de débiter des recherches d'approfondissement au sujet de la morphine, il me semble crucial d'identifier mes préconstruits.

Le fait d'avoir grandi avec une maman infirmière⁸ m'a permis d'avoir, à de nombreuses reprises, l'occasion de discuter de situations du soin infirmier. Mes fondements et croyances se sont donc forgés au fur et à mesure de mes conversations et, par la suite, avec l'accomplissement de mon service militaire⁹ et de mes études supérieures au sein de la filière Bachelor en soins infirmiers.

Personnellement, durant ma formation, je n'ai jamais éprouvé de craintes déraisonnées par rapport au produit ou aux effets secondaires les plus fréquemment débattus et appréhendés. Ceux-ci concernent la détresse respiratoire ainsi que la dépendance physique et psychologique.

Toutefois, lors de mes formations pratiques, j'ai pu constater une importante appréhension vis-à-vis des conséquences néfastes du produit. La population affirme en avoir, tout comme certains professionnels de la santé (infirmiers et médecins assistants).

J'ai remarqué que certaines croyances, parfois appelées mythes, ont une part de « contagiosité » et que le personnel soignant débat plus facilement sur les mauvaises expériences vécues; est-ce une forme de débriefing ?

En ce qui concerne les éventuels effets néfastes de la morphine sur le court terme, il me semble que le soignant doit connaître le remède, ses utilisations,

⁸ Spécialité de clinicienne en diabétologie

⁹ Effectué en tant qu'appointé sanitaire spécialiste urgences, service long.

et surtout, ses effets secondaires immédiats afin de pouvoir informer objectivement les patients et réagir plus rapidement en cas de complications.

Concernant les effets à long terme, après discussion avec des infirmiers, je pense que le médicament morphinique n'engendre pas plus de complications qu'un autre médicament. En effet, s'il est prescrit, dosé, administré adéquatement et périodiquement réajusté, il ne devrait pas y avoir de répercussions négatives dans le temps.

Par contre, j'estime que le patient doit être mis au courant lors de l'administration de la morphine et rassuré si besoin y est. De cette manière, l'appréhension ou les craintes du bénéficiaire de soins pourront évoluer au gré de son vécu, et ainsi des changements de croyances et de perceptions pourront se produire.

Dans la vie de tous les jours, la crainte ne vient-elle pas d'une connaissance insuffisante ou erronée?

1.4. Motivations

1.4.1. Motivations personnelles

Lors de chaque prise en charge effectuée auprès d'un patient, j'ai une véritable préoccupation de son bien-être. L'individu est dans un milieu « étranger » où des éléments tels que la douleur peuvent aggraver le sentiment de déplaisance, lui-même pouvant influencer la souffrance. De mon point de vue, la gestion de la douleur est un élément crucial pour une qualité de soins optimale, même si certains patients pensent qu'il est commun d'avoir mal après un accident, une intervention chirurgicale ou durant un soin.

Outre le bénéfice que ce travail pourrait m'apporter pour ma pratique soignante, la possibilité de me joindre à ce groupe de recherche m'a interpellé car, par la suite, je souhaite poursuivre mes études en science

infirmière. En réalisant cette démarche, je vais acquérir des compétences et un savoir nouveaux qui me seront utiles pour la suite de mes formations.

De plus, quand l'analyse des données sera achevée, différentes stratégies pourront être pensées pour la mise en pratique des résultats de recherche.

1.4.2. Motivations socioprofessionnelles

Les données recueillies pour l'élaboration de ce travail auront également une utilité pour la prospection qui va être réalisée par le groupe de recherche sur différents sites de la Suisse romande. Aucune étude du genre et de cette ampleur, concernant la morphine, n'a été réalisée en Valais ou en Suisse.

La gestion de la douleur par la morphine étant régulièrement abordée, des comparaisons pourraient être effectuées avec des études du même genre effectuées dans la vallée d'Aoste (Italie) [73]¹⁰ ainsi que dans la région de Beira Interior (Portugal) [80, 81].

La recherche à laquelle je collaborerai sera vraisemblablement publiée dans une revue scientifique. Elle intégrera des éléments nouveaux et enrichissants aux connaissances actuelles.

Si mon travail personnel venait à montrer des discordances significatives entre secteurs de soins, il serait possible de mettre en place des actions éducatives afin de sensibiliser la population cible par des recommandations pour la pratique, en se basant sur des statistiques concrètes.

Concernant le positionnement du personnel soignant infirmier, celui-ci n'est pas évident, car il craint d'induire de pénibles effets secondaires, tandis que par souci de bienfaisance¹¹, il souhaite diminuer, voire inhiber les souffrances du patient.

¹⁰ Quand il ne s'agit pas de citation particulière, la mise en crochet fait référence aux documents de la bibliographie se trouvant au chapitre 12.

¹¹ Principe éthique qui consiste à faire de son mieux dans l'intérêt du patient.

1.4.3. Motivations économiques

La douleur chronique est une des préoccupations principales de l'OMS¹² pour ces prochaines années en termes de problème de santé publique majeur¹³. La prise en charge inadaptée de la douleur et la chronicité a de lourdes répercussions sur la qualité de vie de la personne et de son entourage. On s'entend à dire qu'il y aurait des répercussions sur la vie personnelle, familiale et professionnelle. En ce sens, un manque de rendement économique et productif est inévitable pour la société. Indirectement, c'est l'économie du pays qui en est alors atteinte.

En 2009, 11.4%¹⁴ du PIB¹⁵ de la Suisse a été consacré aux dépenses totales de santé. Ce chiffre est en constante augmentation d'année en année.

Une meilleure gestion de la douleur permettrait, outre le bien-être personnel des personnes souffrantes, un rétablissement plus rapide du patient, un taux d'absentéisme moindre dans le milieu du travail, une productivité augmentée pour la communauté ainsi qu'une diminution du coût de la santé.

De nos jours, avec l'augmentation régulière de ceux-ci qui se chiffrent à une dépense annuelle moyenne de 7'833.-¹⁶ par habitant, la diminution du temps moyen d'hospitalisation¹⁷ permettrait de faire des économies.

De plus, le coût de la morphine est faible ; pour dix ampoules d'un millilitre de produit par exemple, HCL « Bichsel », solution injectable, 10mg/ml, il faut compter 8,35.-¹⁸. Selon mes calculs¹⁹, si l'on considère qu'un individu de 80

¹² Organisation Mondiale de la Santé.

¹³ Organisation Mondiale de la Santé, World Health Organization [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.who.int/whr/2001/chapter1/fr/index1.html> (consultée le 3 mai 2010).

¹⁴ Confédération Suisse, Statistiques Suisses [en ligne]. 2010.

Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html> (consultée le 19 avril 2010)

¹⁵ Produit Intérieur Brut.

¹⁶ Chiffre pour l'année 2009. Confédération Suisse, Statistiques Suisses [en ligne]. 2010.

Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html> (consultée le 19 avril 2010)

¹⁷ En 2009, la durée moyenne d'hospitalisation en suisse était de 9,71 jours. Ibid.

¹⁸ Documed SA. Compendium Suisse des Médicaments [en ligne]. 2010.

Adresse URL : <http://www.kompendium.ch/MonographieTxt.aspx?lang=fr&MonType=fi> (consultée le 29 avril 2010)

¹⁹ Faits selon posologie : PRUDHOMME, Christophe, JEANMOUGIN, Chantal, KESSLER, Brigitte. *Urgences et réanimation*. Paris : Ed. MALOINE, 2008. p. 22.

kilogrammes a besoin d'une injection en bolus²⁰, une prescription totale de 8mg coûterait moins de 70 centimes²¹ ; un coût moindre pour un profit certain.

1.4.4. Motivations politiques

Au niveau helvétique, le financement des études scientifiques se fait via plusieurs fondations telles que le FNS²² ou le Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche. Chaque année, le Conseil fédéral accorde plusieurs millions de francs²³ à ses collectivités pour encourager et financer les programmes de recherches suisses et internationales. Malgré cet encouragement, l'étude que nous allons mener n'est pas subventionnée.

Par contre, elle permettra aux autorités suisses de comprendre les représentations et les enjeux de la prise en charge de la douleur avec les morphiniques. En effet, la gestion de ces produits se fait au niveau cantonal et fédéral : cet élément est détaillé au point traitant de l'utilisation de la morphine dans la pratique professionnelle.

1.5. Compétences professionnelles

1.5.1. « Contribuer à la recherche en soins et en santé »

La problématique de terrain identifiée va pouvoir être développée à travers mon travail. Cette démarche permettra de mieux comprendre les fondements de la perception de la morphine et de pouvoir remédier aux différentes croyances reçues et erronées à mon sens. Son but principal est de pouvoir contribuer au savoir scientifique du thème en question et d'être adapté à la pratique, laquelle progresse via des résultats probants liés à la recherche²⁴.

²⁰ Injection intraveineuse rapide.

²¹ Coût de la quantité de produit administré uniquement.

²² Fond National Suisse de la recherche scientifique.

²³ En 2008 par exemple, le FNS a reçu 623 392 685.- de subventions fédérales.

Source : Fond National Suisse de la recherche scientifique. Comptes annuels 2008.
Adresse URL : http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/por_fac_rg_jb08_f.pdf
(consultée le 23 avril 2010)

²⁴ G. LOISELLE, Carmen, PROFETTO-MCGRATH, *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitative*, Québec : ERPI, 2007. pp. 13-15.

Il est donc important de constituer, de renouveler les bases de données et d'envisager une utilisation plus spécifique du produit.

Concernant les principes éthiques propres aux recherches scientifiques, ils seront détaillés au point 6.8.

1.5.2. « Participer aux démarches qualité »

La raison pour laquelle je me suis engagé dans cette thématique est avant tout le fait de pouvoir amener des éléments nouveaux pour la prise en charge de la douleur.

La sensation douloureuse, de tous types et origines (pathologie médicale, intervention chirurgicale, iatrogénique²⁵), éprouvée par le bénéficiaire de soins entrave fortement le ressenti du patient sur la qualité des soins et de la prise en charge. La satisfaction de la clientèle passe, entre autres, par la gestion adéquate de la douleur. Suite à la discussion²⁶, des procédures d'amélioration de la pratique pourront être décrites.

Ainsi, cette recherche contribuera à favoriser l'acquisition de cette compétence quotidiennement présente dans la pratique infirmière.

1.6. Objectifs personnels d'apprentissage

Au fur et à mesure de l'accomplissement de mon travail, je vais acquérir un nouveau savoir. A la fin de la recherche, je me suis donné pour objectifs personnels les éléments ci-dessous.

Je serai capable :

1. D'acquérir de nouvelles connaissances sur la neurophysiologie nociceptive et les antalgies des différentes classes de l'OMS, en particulier les morphiniques.
2. D'approfondir le processus commun d'élaboration des mythes et des croyances.

²⁵ Douleurs provoquées par les professionnels de la santé lors de soins.

²⁶ Développée au chapitre 8.

3. D'acquérir la méthode propre à la recherche quantitative afin de pouvoir la mettre à profit dans ma future vie professionnelle ou lors de mes prochaines formations²⁷.
4. D'utiliser un programme logiciel tel que SPSS 18.0 ou équivalent pour le traitement statistique et comprendre les valeurs recherchées.
5. De profiter du savoir aguerri des chercheurs²⁸ avec qui je collabore.
6. Pouvoir participer activement à l'étude médico-infirmière en apportant des informations clés au groupe de recherche et pouvoir intégrer les suggestions de ces chercheurs expérimentés.

²⁷ Formations post-grades de praticien formateur ou d'infirmier urgentiste.

²⁸ Directeur de mémoire ainsi que chercheurs.

2. Problématique

2.1. Situation problématique du terrain

Durant les formations pratiques effectuées dans le cadre de mon processus d'apprentissage d'infirmier HES (soins d'urgences, pédiatrie, chirurgie, soins continus de cardiologie, gériatrie, soins intensifs, soins à domicile, etc.), d'importantes discordances entre professionnels de la santé, au sujet de l'administration des morphiniques, m'ont poussé à m'interroger sur l'incidence²⁹ et la prévalence³⁰ de leurs effets secondaires.

J'ai parfois eu l'occasion d'entendre qu'ils créaient des effets secondaires tels que vomissements, dépression respiratoire, sédation, dépendance physique et psychologique, tandis que d'autres personnes, à savoir une minorité, m'affirmaient que si le patient en avait besoin pour calmer la douleur, aucun effet néfaste grave n'apparaissait et qu'il était donc normal d'administrer les doses prescrites et les réajuster sans crainte.

De mes expériences professionnelles, j'ai plusieurs anecdotes où, par exemple, l'infirmier préférait éviter d'administrer un opiacé fort³¹ à un patient souffrant, de peur de lui infliger des effets secondaires. Le soignant se référait alors au médecin afin de rectifier l'ordre et prescrire une antalgie de classe inférieure³² malgré la douleur importante décrite par le bénéficiaire de soins.

Suite à ces éléments, je me suis mis, petit à petit, à essayer de rechercher des explications à ce phénomène, car il y a une certaine ambivalence entre le principe de bienfaisance et de non malfaisance... Jusqu'à peu, au sein des sites de formation en soins infirmiers, le serment de Florence Nightingale, qui reprend ces deux notions, était utilisé dans l'enseignement. Il mentionne :

²⁹ Fréquence de cas nouveaux en un temps donné.

³⁰ Fréquence de cas nouveaux dans une population donnée.

³¹ Antalgie de classe 3, Organisation Mondiale de la Santé.

³² Antalgie de classes 1 ou 2, Organisation Mondiale de la Santé.

« ... Je ne prendrai ou n'administrerai volontairement aucun remède dangereux. ... et je me dévouerai au bien-être de ceux qui sont laissés à ma garde. »³³.

Je pensais donc qu'il s'agissait peut être d'une tendance générale, mais j'ai pu remarquer de grandes différences de posologie en fonction des services³⁴, du niveau de formation des professionnels de la santé, de l'expérience du médecin prescripteur ainsi que de l'à priori et des craintes des patients. J'ai alors cru observer que les individus sans inquiétude administrent plus facilement de la morphine... Les mythes et croyances des soignants joueraient-ils un rôle important dans la pratique infirmière ?

Durant différents modules théoriques³⁵ au sein de la HES-SO, plusieurs professeurs nous ont enseigné que le risque de créer une dépression respiratoire ou une dépendance au produit est très faible lorsqu'il est administré en cas de douleur et que son utilisation est réévaluée régulièrement. Plusieurs études confirment ces éléments [52, 55, 58]. En 1980, l'étude de Porter et Jick [75] mentionne quatre cas d'addiction à la morphine sur plus de douze milles patients, ce qui représente une personne sur trois mille.

S'agit-il de discordances entre théorie et pratique ou de nouveaux savoirs enseignés dans les programmes de formation ?

2.2. Etat des lieux de la problématique

A ce jour, vu le nombre conséquent de recherches s'étant penchées sur le mécanisme d'action des opiacés, leur utilisation dans la gestion de la douleur aiguë ou chronique, l'observance des dosages, la prévalence des personnes

³³ Serment affiché au sein de la HES-SO.

³⁴ Mes impressions se sont confirmées lorsque j'ai consulté l'étude menée auprès du groupe pédiatrique de la société française de pharmacie clinique. Adresse URL : adiph.asso.fr/sfpc/EnqueteSFPCpediatriedouleur2003.ppt (consultée le 20 mars 2010) ainsi que l'ouvrage suivant :

TWYCROSS, Alison [et al]. Prise en charge de la douleur chez l'enfant, Une approche multidisciplinaire. Paris : Masson. 2002. 185p.

³⁵ Soins d'urgence, Soins de fin de vie, Dépendances,...

souffrantes et les différences entre professionnels, on se rend compte de la préoccupation générale de la gestion adéquate de la douleur.

L'histoire de la morphine³⁶ et son utilisation illégale à travers les époques ont fait de ce produit une substance redoutée du grand public et des professionnels de la santé [37-39, 45, 46, 51, 55, 62, 73, 80, 82]. Les croyances et mythes consécutifs à cette chronologie, le manque d'informations et les restrictions législatives sont identifiées comme pouvant être des barrières à la prescription, l'administration ou à la compliance au traitement [25, 37, 55, 62, 70, 74, 80, 81].

Les études pharmacologiques relatives à la morphine ont permis de mettre au point de nouvelles substances et de mieux comprendre leurs effets secondaires potentiels [40, 50, 67]. Actuellement, leurs complications à court terme sont connues comme pour tout autre traitement, mais on sait également que les risques à long terme sont quasi inexistantes dans le traitement de la douleur aiguë [58, 75, 84].

Malgré les recommandations de prescription y faisant suite, le taux de patients souffrant de douleurs aiguës ou chroniques est actuellement conséquent. Pour citer quelques chiffres, dans certains établissements, la douleur aiguë est ressentie par plus de 80% des patients [38, 61, 69, 78, 81]. Quant à la douleur chronique, la revue de la littérature d'Harstall (2003) [64] précise qu'une moyenne de 35.5% de la population générale en souffre. Les conséquences sont dévastatrices car on a pu mettre en relation les répercussions de la douleur à long terme avec des observations telles que la dépression, les plaintes corporelles, l'incapacité fonctionnelle,... [26, 61].

En investiguant plus spécifiquement au sein même de certains secteurs de soins, l'administration d'opiacés et la prévalence de patients douloureux ont pu être détaillées.

En pédiatrie, de nombreuses idées erronées font encore partie des croyances collectives [25] et, de plus, les connaissances insuffisantes de l'évaluation de la douleur chez les enfants entraînent des interventions en lien [66].

³⁶ Détaillé dans le point 3.2.1.

En ce qui concerne les soins intensifs, Glynn et Ahern (2000) [62] ont recensé certains écrits : le manque de signes cliniques manifestes de douleur chez les intubés qui ne peuvent, par ailleurs, pas communiquer et qui sont fréquemment équipés de matériel invasif³⁷ font barrière à une prise en charge adaptée de la douleur.

Dans les soins à domicile auprès de patients âgés de plus de 65 ans, 48% ont affirmé souffrir de douleur quotidiennement, parmi lesquels 20% n'ont pas reçu d'antalgie. Les pathologies traitées ou associées, telles qu'insuffisances cardiaques, diabète, troubles cognitifs,... influencent les soignants dans l'administration d'antalgie opioïde [69].

En chirurgie, certaines études ont montré de 11 à 47% de chronicisation des douleurs postopératoires par atteinte tissulaire [38].

Dans les établissements médico-sociaux du Valais, Verloo et al. (2007) [110] ont pu mettre en évidence la prévalence élevée de douleur chronique chez les personnes institutionnalisées, tout comme Métrailler³⁸ et al. (2006) [43] le décrivent dans un de leurs articles de presse. On sait désormais que le traitement de la douleur pourrait être amélioré chez les personnes âgées. Le vieillissement sociodémographique suisse³⁹ pourrait bien faire augmenter le taux de douleur chronique si la prise en charge n'est pas adaptée. Certains établissements, depuis quelques années, ont pris les devants et ont mis en place des programmes visant à diminuer la douleur chronique dans cette population cible [43].

En milieu hospitalier, le dosage des opiacés n'est régulièrement pas respecté et émanerait de croyances erronées sur le sujet. Au sein des HUG⁴⁰, 76% des patients reçoivent moins d'opiacés que ce qui est prescrit par les médecins [67].

Chaque secteur de soin ayant été abordé distinctement, d'autres éléments pouvant influencer les croyances d'ordre général, tels que le niveau de

³⁷ Cathéter artériel, voie veineuse centrale et périphérique, sonde vésicale,...

³⁸ Médecin répondant du Foyer le Christ-Roi, Lens.

³⁹ L'espérance de vie moyenne pour la population suisse est de 84.4 ans pour les femmes et de 79.8 ans pour les hommes (2009) [86].

⁴⁰ Hôpitaux Universitaires Genevois.

formation, l'expérience professionnelle, le genre et la culture ont été investigués [52, 58, 59, 62, 63, 66, 72, 81].

Pour les étudiants, à la fin de la formation, les individus surestiment toujours le risque d'addiction aux opiacés et plusieurs attitudes spécifiques négatives ont été mises en évidence. Les résultats montrent toutefois que leur nombre diminue lorsque la formation progresse. Il a également été mis en évidence qu'avec les années d'étude, il y a une tendance à l'amélioration de l'évaluation de la douleur du patient mais l'administration de doses adéquates d'opiacés reste lacunaire [52].

Il existe aussi des différences significatives entre les infirmiers ayant une formation universitaire ou non et le personnel ayant suivi des cours d'approfondissement [56].

Pour ce qui est du genre, Glynn et Ahern (2000) [62] mentionnent que les femmes prescrivent moins de morphine en intraveineuse que les hommes. Le genre masculin fixe le seuil de la douleur à un niveau plus bas et utilise plus fréquemment une antalgie.

Enfin, la culture est un élément important pour l'évaluation de la douleur car les connaissances sont différentes, tous comme les échanges entre individus, les valeurs transmises, les croyances et le vécu. Tous ces éléments guident les pensées, les décisions et les actions [9, 62].

Trois études comparatives récentes concernant la morphine, font état des croyances de la part des professionnels de la santé et de la population en général et ont été menées dans la Vallée d'Aoste au cours de l'année académique 2001-2002 [73], ainsi que dans la région de Beira Inferior au Portugal, durant l'année 2005 [80, 81]. Ces études⁴¹ sont unanimes sur l'existence de fausses croyances générales et distinctes entre groupes, relatives à la prescription, à l'utilisation et aux risques de la morphine.

⁴¹ Le contenu y sera approfondi dans la discussion.

Une multitude d'éléments autres, tels que l'objectivation des plaintes lors de discordance entre la douleur décrite par le patient et l'observation clinique que fait l'infirmier, selon les croyances propres, peuvent influencer la gestion de la douleur [70].

Partant des ressentis des patients, dans l'ensemble, les clients affirment être satisfaits de la gestion de la douleur [56, 78].

Plusieurs documents ont spécifié la nécessité et l'importance d'assurer une formation continue régulière au sein des institutions de soins concernant l'évaluation de la douleur, la pharmacologie ainsi que la procédure à suivre selon le type de douleur et le patient [57, 71, 81], car le personnel infirmier manque de connaissance de base [72]. Dans cette perspective, McCaffery et al. (2000) [71] et Manworren (2000) [66] ont pu confirmer que la connaissance insuffisante de l'évaluation de la douleur mène à une intervention en lien. De plus, la morphine a longtemps été utilisée pour traiter les douleurs de fin de vie, ce qui pourrait expliquer les croyances et les préjugés liés à la « mort fine » [7].

Un respect plus rigoureux des protocoles en vigueur par l'OMS permettrait un apaisement plus rapide et plus durable des douleurs [76].

2.3. Question spécifique de recherche

Après avoir abordé les différents points décrits ci-dessus, les avoir développés et effectué des recherches littéraires, j'ai choisi d'accomplir ma recherche avec pour question spécifique :

Existe-t-il des discordances de croyances infirmières entre secteurs de soins en Valais romand au sujet de la morphine?

3. Cadre de référence

Dans ce travail, le cadre de référence consiste à développer des concepts clés, pertinents au phénomène étudié.

La présente recherche intègre les quatre concepts suivants : la douleur, la morphine, le mythe et la croyance.

3.1. Concept de douleur

Le mot douleur vient du latin *dolor*⁴².

En 1979, l'IASP⁴³ le définit de la sorte: « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire présente ou potentielle, ou décrite en terme d'un tel dommage ».

Il existe plusieurs caractéristiques pour décrire la douleur : le type (aigu ou chronique) et la composante (nociceptive, neurogène ou psychogène). En pratique infirmière, la douleur est un phénomène courant car elle constitue le principal symptôme de consultation et est régulièrement présente dans les services de soins.

La douleur intègre de nombreuses dimensions de l'être humain; Le Breton (1995) citait d'ailleurs : « *ce n'est pas le corps qui souffre, mais l'individu en son entier* »⁴⁴.

Ainsi, l'OMS a instauré, en 1987, un protocole de trois paliers pour la classification et l'utilisation des antalgiques pour le traitement la douleur.

En 2004, une journée mondiale de la douleur a été instaurée afin de sensibiliser la population à ce phénomène universel. De nombreux chercheurs⁴⁵ ont travaillé sur ce concept.

Précisons qu'au niveau physiologique, le seuil de la douleur est le même chez tous les êtres humains, mais que la tolérance varie d'un individu à un autre en fonction des facteurs culturels et psychologiques [16, p.511].

⁴² LEGRAIN, Michel, GARNIER, Yves (dir.). *Le petit Larousse illustré*. Paris : LAROUSSE. 2002. Page 347.

⁴³ International Association for the Study of Pain (association internationale de l'étude de la douleur).

⁴⁴ LE BRETON, David. *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié. 1995. Page 45.

⁴⁵ Johnson, Page, Mikawski,...

3.1.1. La douleur aiguë

La douleur aiguë peut être décrite comme un signal d'alarme dont le but est la prise de conscience de l'imminence d'un danger par atteinte tissulaire.

Plusieurs caractéristiques sont propres à la douleur aiguë : apparition soudaine, relative courte durée (inférieure à 3 mois⁴⁶), disparition avec ou sans traitement une fois la lésion guérie, éventuelles répercussions physiologiques⁴⁷...

La douleur aiguë peut être caractérisée selon si elle est d'origine nociceptive ou neuropathique.

Le mécanisme d'action de la perception douloureuse nociceptive débute au niveau tissulaire. Chaque tissu de notre corps⁴⁸ se compose d'une multitude de TNL⁴⁹, qui est stimulée à la suite de la libération de médiateurs chimiques⁵⁰ par les cellules lésées.

On différencie la douleur nociceptive d'origine somatique à celle d'origine viscérale. La douleur somatique provient des téguments, des muscles ou des articulations tandis que la douleur viscérale se ressent grâce à la stimulation des récepteurs présents dans les organes des cavités abdominales et thoraciques. Cette distinction est importante, car la transmission de l'influx nerveux somatique se fait via les neurofibres A delta pour atteindre le SNC⁵¹, tandis que l'influx provenant des viscères se transmet par les neurofibres C. La perception douloureuse est donc différente selon le type de fibres. Dans leur continuité, ces deux types de neurofibres font synapse avec des interneurons dans la corne dorsale de la moelle épinière. L'influx douloureux est transmis, à travers la fente synaptique, de façon chimique au SNC par libération de glutamate et de substance P. La substance P, qui est le neurotransmetteur de la douleur agit d'une façon plus diffuse tandis que le glutamate va permettre de dépolariiser le neurone postsynaptique et de

⁴⁶ Ou 6 mois, selon les sources (OMS, IASP,...).

⁴⁷ Pâleur, sudation, hypotension artérielle, tachycardie,...

⁴⁸ Mis à part l'encéphale.

⁴⁹ Terminaisons nerveuses libres.

⁵⁰ Tel que les bradykinines par exemple.

⁵¹ Système Nerveux Central.

rendre les récepteurs du NMDA⁵² plus réceptifs à cette substance. Ensuite, les axones des interneurons traversent la moelle épinière et se projettent dans les tractus spino-thalamiques latéraux, jusqu'au noyau ventral postéro-latéral du thalamus. De cet endroit, ces influx sont relayés à l'aire somesthétique du cortex, endroit où la douleur est perçue par l'individu.

La douleur aiguë neuropathique est consécutive à des lésions directes des voies sensibles du SNC⁵³ ou du SNP⁵⁴.

Il existe des traitements médicamenteux et non médicamenteux pour calmer la douleur. Dans la pratique soignante, on privilégie l'application de ces deux formes de remèdes.

Au vu des traitements non médicamenteux, depuis de nombreuses années maintenant, on reconnaît les composantes psychologiques et affectives de la douleur. Ainsi, une atteinte tissulaire ne sera pas perçue de la même manière, chez le même individu, en fonction de son occupation, de son état d'esprit du moment ou de la signification qu'il porte à sa douleur.

Plusieurs méthodes ont donc été mises au point en tenant compte de ces éléments afin de favoriser l'inhibition des afférences nociceptives, d'augmenter la sécrétion d'opiacés naturels tels que les bêta-endorphines et les enképhalines, et l'activité cognitive. Le toucher, le repos, l'activité, les agents physiques tels que le chaud ou le froid, la relaxation, le massage, l'hypnose, le TENS⁵⁵, l'acupuncture,... font partie des traitements qui agissent sur l'un de ces trois mécanismes endogènes du contrôle de la douleur.

Afin de pouvoir évaluer la douleur, malgré la difficulté de subjectivité, et ajuster l'antalgie, plusieurs échelles d'auto ou d'hétéro-évaluation ont été mises au point selon l'âge des patients et leur état de conscience: Amiel-

⁵² N-méthyl D-aspartate.

⁵³ Causées par un traumatisme médullaire, un accident vasculaire cérébral,...

⁵⁴ Système nerveux périphérique. Lésions dues au zona, douleur fantôme,...

⁵⁵ Neurostimulation transcutanée.

Tison⁵⁶, EN⁵⁷, EVA⁵⁸, EVS⁵⁹, Doloplus-2, PACSLAC⁶⁰,... sont parmi les plus utilisées.

D'un point de vue médicamenteux, comme précédemment dit, l'OMS a instauré trois paliers d'antalgie :

Le **premier palier** concerne les antalgiques non opioïdes, couramment appelés antalgiques périphériques. Parmi les médicaments les plus utilisés de cette catégorie, il faut citer le paracétamol, les AINS⁶¹ et l'aspirine. Ces substances sont utilisées lors de douleurs faibles à modérées.

Le **deuxième palier** comprend les antalgiques centraux faibles ou opioïdes faibles⁶². Ils inhibent le stimulus douloureux au niveau médullaire et cérébral. Le tramadol, la codéine,... font partie de ce groupe de médicaments. Ils sont utilisés pour tous les types de douleurs ne pouvant être calmées par le premier palier, lors de douleurs modérées et sévères. Ces traitements sont fréquemment combinés avec ceux du 1^{er} palier.

Le **troisième palier** intègre les morphiniques forts. Le chlorhydrate de morphine, le sulfate de morphine, le fentanyl, le sufentanyl,... en font partie. Ils sont prescrits lors de douleurs sévères, persistantes, ne pouvant être calmées par une antalgie de palier inférieur.

Le traitement de la douleur aiguë se fait donc en fonction de la symptomatique et de l'intensité.

La prescription des antalgiques par le personnel infirmier se fait de façon autonome et protocolée dans certains services⁶³ pour l'antalgie de classe 1,

⁵⁶ Pour les douleurs postopératoires des nourrissons de 1 à 3 mois.

⁵⁷ Echelle numérique (réglette avec graduation 0 à 10 ou de 0 à 100).

⁵⁸ Echelle visuelle analogique (réglette avec intensité de la douleur).

⁵⁹ Echelle verbale simple (dires du patient selon sa douleur de 0 à 10 ou de 0 à 100).

⁶⁰ Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate.

⁶¹ Anti-inflammatoire non stéroïdien (dérivés de l'ibuprofène, du kétoprofène, du fénoprophène, du naproxène,...)

⁶² Les morphiniques et dérivés sont regroupés sous le terme d'opioïdes.

⁶³ Dans certains services d'urgence par exemple.

tandis que pour les autres traitements, il s'agit d'une administration médico-déléguée.

3.1.2. La douleur chronique

Le professeur John J. Bonica (1917-1994), fondateur de L'IASP, citait : « Dans sa forme pathologique chronique, la douleur n'a plus du tout de fonction biologique ; elle est au contraire une force maléfique qui impose au malade, à sa famille et à la société de graves stress émotionnels, physiques, économiques et sociaux ».

Comme la douleur aiguë, la douleur chronique peut être soulagée. Par contre elle résiste aux traitements et dure dans le temps⁶⁴.

La douleur chronique peut, elle aussi, être sous-catégorisée. Elle est nommée mixte si elle intègre à la fois un excès nociceptif et une composante neuropathique, comme par exemple en cas de douleurs cancéreuses, et psychogène, si la douleur est sans lésions apparentes malgré les divers examens médicaux effectués.

Le phénomène de la douleur chronique intègre une rétro-activation du glutamate qui perpétue la sensation douloureuse.

Les traitements de la douleur chronique sont identiques à ceux de la douleur aiguë, mais on les accompagne fréquemment d'un traitement adjuvant.

Pour les douleurs osseuses, le médecin privilégiera les corticostéroïdes ou le bisphosphonate ; pour les douleurs musculaires, les myorelaxants ; pour les maux d'origine neuropathique, les antidépresseurs tricycliques, les anticonvulsivants, les anesthésiques locaux par voie orale ou les antagonistes NMDA.

Un suivi psychologique est parfois nécessaire, car la douleur chronique peut avoir de lourdes répercussions sur le psyché du souffrant et de ses proches,

⁶⁴ Supérieure à 3 ou 6 mois selon les sources.

d'autant plus si la douleur n'a pas de causes physiologiques reconnues (douleur psychogène).

3.2. Concept de morphine

3.2.1. Historique des morphiniques

Depuis le début de l'humanité, l'homme cherche des remèdes pour calmer ses maux et ses souffrances. A travers les plantes, il a su trouver des substances qui pouvaient le guérir.

Pour mieux comprendre l'histoire de la morphine [36, 39, 41, 45, 46, 67], il est important de connaître celle du pavot, car la morphine est le principal alcaloïde⁶⁵ de l'opium⁶⁶, lui-même issu du pavot.

Le pavot à opium est une plante ressemblant fortement à un coquelicot. Ce végétal de la famille des Papavéracées⁶⁷ est originaire de l'Europe du Sud et de l'Asie Mineure. En Suisse, dans les cités lacustres du lac de Neuchâtel, les archéologues ont découvert des graines et des capsules de pavot datant de 4000 ans avant notre ère ; ces indices paléobotaniques sont parmi les plus anciens retrouvés à ce jour.

Des écrits sumériens datant de 3500 ans avant J.-C ont été découverts en Asie Centrale ; le pavot y est décrit comme « plante de la joie ».

En 1550 avant J.-C, le *Papyrus d'Ebers*⁶⁸ décrit l'utilisation d'opium comme sédatif pour les enfants. A la même époque, on représente les dieux du sommeil (Hypnos⁶⁹ et Somnos⁷⁰) avec des capsules de pavot.

Dès le 4^{ème} siècle avant J.-C., les différentes conquêtes, croisades et échanges commerciaux favorisent la transmission du savoir et de l'utilisation

⁶⁵ Définition : « Substance organique azotée d'origine végétale, à caractère alcalin plus ou moins marqué, de structure complexe. Les alcaloïdes agissent puissamment sur de nombreuses fonctions biologiques. » [6, p.24].

⁶⁶ L'opium est issu de la sève du pavot.

⁶⁷ LEGRAIN, Michel, GARNIER, Yves (dir.). *Le petit Larousse illustré*. Paris : LAROUSSE. 2002. Page 758.

⁶⁸ Des formules de prescriptions médicales et des explications pathologiques constituent ce document.

⁶⁹ Mythologie grecque.

⁷⁰ Mythologie latine.

de la plante à l'ensemble de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie. Les procédés ancestraux pouvant extraire l'opium (sève du pavot) se répandent. On l'utilise dès lors, car on lui reconnaît des qualités antalgiques, relaxantes et sédatives, comme, par exemple, en Egypte.

L'expérimentation et l'avancée de la médecine permettent d'affiner son utilisation. On associe à la substance la propriété de causer la mort pendant le sommeil si le produit est pris à trop forte dose.

En 1434, Gutenberg met au point l'imprimerie qui révolutionne et facilite la diffusion du savoir.

Au 16^{ème} siècle, les progrès considérables de la chimie et l'utilisation de l'alcool comme solvant permettent la préparation de nombreuses substances contenant de l'opium dont le « *landanum* ».

A la fin du 17^{ème} siècle, une mauvaise réputation de l'opium émane suite aux multiples effets secondaires qu'on lui associe. Ettmuller⁷¹ citera : « l'opium ôte la douleur, mais c'est en tuant et non en guérissant ». Pendant cette même période, l'opium est exploité dans les fumeries d'Orient.

Au début du 18^{ème} siècle, Georg Stahl⁷² reproche aux médecins qui utilisent l'opium de tromper la confiance des patients. Le *Landanum* est fréquemment utilisé et on le trouve en vente libre dans de nombreux pays d'Europe.

La toxicomanie se répand, surtout dans les populations qui cultivent la plante, comme par exemple dans la population anglaise.

Selon certaines sources [3, 41], c'est en 1688 qu'a lieu la découverte du magistère d'opium (morphine), mais ce n'est qu'en 1816 qu'elle est reconnue et attribuée à Sertuerner, pharmacien originaire d'Eimbeck en Hanove. La morphine est nommée de la sorte, suite à l'annonce de l'isolement du principe « somnifère » de l'opium et à sa référence à Morphée, dieu des songes. Beaucoup d'essais cliniques sont effectués sur les patients et les animaux. En 1828, son utilisation est mieux comprise grâce à V. Bally qui publie « Observations sur les effets thérapeutiques de la morphine ou narcéine ». Il y précise les indications, les doses et les effets secondaires.

⁷¹ Médecin et professeur allemand.

⁷² Médecin et philosophe allemand.

Dans les années 1850, les chimistes cherchent à concevoir une morphine plus pure, plus stable et plus concentrée. On décrit que la morphine, associée au chloroforme, est l'antalgique le plus puissant.

Plusieurs éléments historiques influencent les croyances populaires envers les opiacés. En effet, plusieurs millions de Chinois deviennent dépendants à la substance suite aux « guerres de l'opium » entre l'Angleterre et la Chine.

Au 19^{ème} siècle, l'effet imaginaire que les romanciers et poètes recherchent avec le produit augmente massivement le taux de toxicomanie. Les nouvelles techniques d'injections sous-cutanées sont très rapidement détournées de leur utilisation thérapeutique au profit de la toxicomanie.

L'héroïne, dérivée de l'alcaloïde de l'opium, ajoute une crainte supplémentaire aux effets des opiacés. La culpabilité thérapeutique s'en fait ressentir en cette fin de 19^{ème} siècle et le ravage de l'héroïne met aux oubliettes l'intérêt d'utilisation thérapeutique de la morphine.

Aucune prévention des effets secondaires de la morphine n'est effectuée chez les soldats lors de la Première Guerre Mondiale et la substance est très mal administrée.

La morphine se présente alors comme synonyme de toxicomanie. Suite à ces nombreux cas de dépendance, des centres de désintoxication apparaissent et la législation internationale régleme les opiacés.

3.2.2. Mécanisme d'action de la morphine

L'administration de morphine peut se faire par voie orale, intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée, transdermique, rachidienne, rectale ou encore intra nasale. Dosages et modes d'administration sont choisis en fonction du type de douleur, de son intensité, ainsi que d'autres facteurs personnels⁷³.

Lorsqu'une dose de morphine est administrée à un patient, le produit va se fixer sur les récepteurs opioïdes (*mu*, *delta* et *kappa*) qui se situent au niveau des neurones de la corne dorsale du rachis et de l'encéphale.

⁷³ Allergie ou réaction antérieure au produit.

La morphine est un agoniste pur et complet des récepteurs à opiacés.

Elle agit de manière pré et post synaptique :

Au niveau pré-synaptique, il y aura une diminution de la substance P et saturation des récepteurs responsables de la mise en mémoire du message nociceptif (récepteurs NMDA) alors qu'au niveau post-synaptique, la morphine va diminuer l'activité des neurones nociceptifs ascendants par hyperpolarisation⁷⁴.

Au niveau de l'encéphale, la substance va agir au niveau du tronc cérébral en activant les voies bulbo-spinales inhibitrices qui se projettent au niveau de la corne dorsale. La douleur est ainsi minimisée, voire supprimée. Les récepteurs opioïdes *mu*, avec lesquelles la morphine a une grande affinité, sont responsables de l'antalgie supraspinale.

Les progrès des recherches pharmacocinétiques ont permis de détailler les effets morphiniques selon le type de récepteurs activés.

Les effets secondaires peuvent être provoqués par les récepteurs opioïdes mêmes ou par d'autres récepteurs. Les symptômes suivants peuvent se manifester: myosis, hypothermie, bradycardie, hypotension, nausées, vomissements, constipation, rétention urinaire, prurit... en fonction des doses administrées⁷⁵.

La dépression respiratoire est un signe de surdosage aux opiacés. Elle peut être traitée par chlorydrate de naloxone qui est un antagoniste pur des opiacés.

La dépendance à la morphine est causée par la prise massive et prolongée du produit, sans but thérapeutique, qui engendre une saturation des récepteurs opioïdes et, par la même occasion, une diminution de la production d'antagonistes naturels tels que les enképhalines. Ainsi, des signes de dépendance physique peuvent se faire ressentir lors de l'arrêt de la consommation.

⁷⁴ L'hyperpolarisation diminue la probabilité de production d'influx nerveux.

⁷⁵ Les effets secondaires sont dose-dépendante.

3.2.3. Descriptif de la pratique professionnelle

Dès la découverte des propriétés antalgiques de l'opium, on l'a utilisé afin de soulager les maux en tout genre.

En ce qui concerne la morphine, initialement prescrite per os, on met ensuite au point la méthode endermique. En 1843, l'apparition d'un nouveau type d'aiguille permet les injections hypodermiques. Une décennie plus tard, une seringue révolutionnaire facilite les injections sous-cutanées. Le produit connaît un essor remarquable grâce à la fabrication de ces seringues adaptées et à son administration massive par les médecins lors de la guerre de 1870⁷⁶.

Au vu de l'abus d'opiacés, l'opium est surtaxé dès 1890 à la suite d'une décision du Congrès américain qui, quinze ans plus tard, interdira les fumeries d'opium.

Plusieurs conventions internationales sont conclues, à La Haye le 23 janvier 1912, trois ans après la première étape de restriction menée à Shanghai⁷⁷. Quarante-deux pays signent ce traité qui limite l'utilisation des opiacés à l'usage médical uniquement.

Par la suite, plusieurs conventions ont été signées à Genève⁷⁸.

A partir de 1925, la chimie moderne cherche à mettre au point des substances moins toxicomano-gènes. Plusieurs produits vont être découverts dans les décennies suivantes tels que la méthadone, la naloxone, le fentanyl,...

En 1965, le dosage de la morphine est décrit par Wall et Melzack. Deux ans plus tard, Saunders fonde l'hospice Saint Christopher où l'administration des opiacés est effectuée de manière rigoureuse pour les patients en soins palliatifs.

Dans les années 70, on découvre les récepteurs spécifiques des opiacés qui permettent d'expliquer et remédier à leurs effets secondaires.

En 1987, l'OMS publie les paliers des antalgies avec les recommandations de dosage.

⁷⁶ Guerre franco-allemande.

⁷⁷ Le 26 février 1909.

⁷⁸ 1925 et 1931.

Dans les années 90, une multitude de forme d'opiacés est commercialisée pour ses utilisations thérapeutiques.

Actuellement, en Suisse, l'obtention de morphiniques se fait selon la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951 : « Sont des stupéfiants au sens de la présente loi, les substances et les préparations ayant des effets de type morphinique, cocaïnique et cannabique et qui engendrent la dépendance (toxicomanie) »⁷⁹. Ces produits doivent uniquement être prescrits à des fins médicales. Ce contrôle est exercé par les cantons qui sont sous la surveillance de la Confédération helvétique.

Chaque ordonnance remise par le médecin est numérotée⁸⁰ et contrôlée par les pharmaciens cantonaux qui peuvent, en cas de doute, avertir l'autorité fédérale compétente, s'ils suspectent un excès de prescription ou une utilisation inadéquate.

En tant qu'infirmier en milieu hospitalier, chaque administration doit être inscrite sur une feuille annexée à l'emballage : nom du patient, quantité administrée, dose restante et visa de confirmation.

3.3. Concept de mythe

3.3.1. Origine et évolution du mythe

Le mot « mythe » tire son origine du terme grec *muthos*, signifiant le récit, la légende⁸¹.

Spontanément, le mythe évoque le mensonge, la grandeur, l'idéation, la tromperie... Il est important de pouvoir décrire l'évolution et l'utilisation du terme afin de mieux le comprendre.

⁷⁹ Les autorités fédérales de la Confédération suisse, *Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951* [en ligne]. Etat le 1^{er} janvier 2010. Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/812.121.fr.pdf> (consultée le 15 avril 2010)

⁸⁰ Les médecins possèdent un carnet à souches qui est indispensable pour la commande de narcotiques et substances psychotropes.

⁸¹ DUBOIS, Jean [et al]. *Dictionnaire étymologique et historique du français*. Paris : Larousse, 1996. p. 498

Il existe des mythes depuis que l'être humain a la faculté de raconter des récits.

L'un des premiers philosophes à s'être penché sur le mythe est Homère. Ce célèbre poète grec du 8^{ème} siècle avant J.-C., ayant entre autres créé l'Iliade et l'Odyssée, donne pour synonyme au terme mythe le mot épopée et désigne alors la parole.

Petit à petit, la pensée philosophique ainsi que l'analyse de certains mythes invraisemblables encouragent les penseurs antiques à les étudier. Ainsi, le *logos* (parole, discours), qui était jusqu'à présent synonyme de *muthos*, s'utilise pour désigner la vérité. Le mythe s'emploie désormais en contradiction et, Pindare⁸², y réfère une connotation décevante.

L'évolution du terme se poursuit et, contrairement à *Historia* (histoire), le mythe prend le sens de narration dont l'authenticité ne peut être contrôlée; à *alétheia* (vérité, réalité), est associé celui de discours faux.

Au 4^{ème} siècle av. J.-C., Platon⁸³ affirme que la réflexion philosophique est primordiale par rapport au mythe qui est mensonge et dont la population peut vraisemblablement se passer.

Les travaux de Platon ont une grande influence pour la suite de l'utilisation du terme et sa représentation, dénuée de sens.

Par contre, on se permet parfois de reconnaître le mythe semblable à la vérité ou à la réalité comme dans l'enseignement par exemple. En effet, il peut être messager de l'émotion. De cette manière, il maintient son rôle de transmission culturelle ainsi que des modèles valorisés, fonction qu'il occupe toujours de nos jours.

L'évolution historique du mythe se modifie conjointement à la progression de l'écriture en Grèce. Les écrits nécessitent la pensée rationnelle ainsi que la cohérence tandis qu'auparavant, la tradition orale primait.

Aristote⁸⁴ vient alors renforcer l'idée de Platon, tout en précisant que dans sa transmission, le mythe doit avoir une organisation structurelle interne forte, faute de quoi il est irrationnel et n'a aucune cohérence interne.

⁸² Poète lyrique du 6^{ème}-5^{ème} siècle av. J.-C.

⁸³ Célèbre philosophe grec du 5^{ème}-4^{ème} siècle av. J.-C.

⁸⁴ Philosophe grec du 4^{ème} siècle av. J.-C.

Avec les différentes migrations, la tradition mythique des sociétés sans écriture s'est finalement retrouvée mesurée à la science occidentale, où de nouvelles confrontations allaient s'opérer. Les civilisations évoluées confirmèrent le point de vue révolu au sujet du mythe.

Le terme en est venu à définir des récits dont la fonction varie considérablement d'un endroit à un autre et dont l'approche est très distincte.

A notre époque, il existe encore des expressions de la pensée mythique; choses que l'on préfère reléguer aux oubliettes de l'irrationnel.

Désormais, les mythes modernes ne font plus référence à des histoires vraies de civilisations sans écritures, mais bel et bien à l'irrationalité et au mensonge, comme le mentionnaient déjà nos « vieux philosophes ».

Les nombreuses découvertes scientifiques sont ensuite devenues, à leur tour, plus menaçantes pour le mythe.

Malgré cela, le mythe a toujours persisté. Il est tenace et continue à entretenir nos pensées. Gilbert Durand⁸⁵ voit dans le mythe une constituante distincte de la structure de la conscience.

On pourrait également voir dans le mythe un espace de rêverie où l'imagination de chaque individu permet son évasion.

Au fil du temps, les composants d'un mythe peuvent se transformer lorsqu'ils s'adaptent à de nouveaux contextes culturels.

On lui reconnaît aussi l'influence qu'il peut avoir sur différents rituels telles que les pensées magiques sur certains individus d'une communauté.

3.3.2. Définitions actuelles du mythe

L'histoire du mythe explique son sens actuel, défini par l'encyclopédie Larousse comme: « ensemble de croyances, de représentations idéalisées autour d'un personnage, d'un phénomène, d'un événement historique, d'une technique et qui leur donnent une force, une importance particulière ». La

⁸⁵ Philosophe Français.

seconde définition donnée est paradoxale : « ce qui est imaginaire, dénué de valeur et de réalité. »...

Parmi les personnages modernes connus ayant développé ce sujet, il faut citer André Lalande⁸⁶ (1867-1963), Claude Lévi-Strauss (1908-2009), Lucien Sebag (1934-1965), Percy Cohen... Lalande (2002) [8] décrivait le mythe comme « récit fabuleux, d'origine populaire et non réfléchi ». Quant à Claude Lévi-Strauss, il rédigea plusieurs ouvrages dont quatre volumes de *Mythologique*, écrit de 1964 à 1971, dans lesquels il y approfondit le *mythe* : « régulièrement utilisé pour décrire une croyance fausse au premier abord, mais qui peut être en lien à des principes concrets manifestés de manière symbolique et échangés par un nombre important de personnes. ».

3.3.3. Eléments constitutifs du mythe

On pense que le mythe traite d'un questionnement interne à une civilisation ou qu'il se rapporte à des événements réels, exprimés de façon symbolique comme le décrit Sebag (1964) [23] dans son ouvrage consacré au Marxisme et structuralisme:

Un mythe, par exemple, répond à certains besoins, remplit dans une société donnée des fonctions déterminées; il rattache le devenir présent de la communauté humaine à une Histoire primordiale que la vie profane ne fera que répéter; il permet à chaque acte humain, à chaque geste, à chaque parole de s'inscrire dans un ordre symbolique qui leur donne sens; il double l'ordre laïque d'un ordre sacré qui le fonde et inscrit la société dans une continuité qui outrepassa chacun des moments particuliers de son existence.

Par contre, dans un contexte culturel nouveau, le mythe suscite le doute...

⁸⁶ Célèbre philosophe français.

A-t-il encore sa place dans notre société actuelle ? Jusqu'où influence-t-il nos actions par le biais de nos croyances ? Quel rôle joue-il encore au 21^{ème} siècle ?

3.4. Concept de croyance

3.4.1. Origine et évolution de la croyance

Le terme croyance a pour origine latine *credens* (croyant) du verbe *credere*⁸⁷ (croire).

La croyance, en certains éléments de notre environnement, existe, elle aussi, depuis de nombreux millénaires.

L'intérêt porté au sujet s'est développé conjointement, une fois de plus, à la philosophie et à l'émanation de la pensée rationnelle. L'être humain s'est mis, petit à petit, à rechercher des explications cohérentes à ce qui l'entoure. Ainsi, une différenciation philosophique évidente a été faite entre la croyance et la connaissance. La croyance est une opinion personnelle (*doxa*⁸⁸) tandis que la connaissance, du point de vue de Platon et Aristote, est un savoir fondé sur des éléments scientifiques et dont la certitude a été approuvée. Descartes conceptualise la croyance comme un acquiescement envers une proposition plus ou moins fondée de raison, contrairement à la connaissance qui consiste en une représentation dont on ne peut douter.

Bien des siècles plus tard, David Hume⁸⁹ (1711-1776) associe les deux notions en affirmant que la connaissance n'est qu'une sorte de croyance pour certains domaines tels que les mathématiques ou l'expérience, tandis que pour l'usage pratique qu'on lui donne dans la religion ou la métaphysique, elle devient l'occupation des traditions culturelles et des habitudes.

⁸⁷ DUBOIS, Jean [et al]. *Dictionnaire étymologique et historique du français*. Paris : Larousse, 1996. p. 199.

⁸⁸ Signifie opinion en grec.

⁸⁹ Philosophe, historien et économiste écossais.

Enfin, Emmanuel Kant⁹⁰ (1724-1804) instaure la notion de subjectivité qui consiste au jugement de tenir pour vrai. Il s'agit ici d'une simple opinion dont aucune certitude n'est approuvée. Il oppose désormais le terme à celui de conviction qui, lui, est objectif. Kant met également en évidence le fait qu'il existe plusieurs degrés de croyance.

3.4.2. Définitions actuelles de la croyance

Selon le Petit Larousse Illustré, « la croyance est le fait de croire en la vérité ou l'existence de quelque chose ; c'est une conviction ».

Lalande (2002) [8] définissait le terme comme « ..., il est l'équivalent d'opinion, et désigne un assentiment imparfait, qui, comme l'opinion, comporte tous les degrés de probabilité. ».

3.4.3. Eléments constitutifs de la croyance

En ayant développé les points ci-dessus, faut-il en venir à croire que la croyance est irrationnelle?

Plusieurs disciplines telles que la philosophie, la psychanalyse ou encore la religion se sont posé la question.

Une chose est sûre, on attribue à la croyance de nombreuses fonctions.

Premièrement, la croyance est un besoin qui sert à nous rassurer.

Ensuite, elle oblige à analyser notre environnement et les facteurs l'influençant. Au fil du temps, l'évolution et le développement de notre sens critique nous ont poussés à explorer nos croyances via la science, chose que nous faisons toujours actuellement. Ainsi, si l'on admet qu'une croyance est fausse, nous allons pouvoir la modifier. Par contre, une croyance qui n'a pas été approuvée, assure son rôle à part entière et influence tout individu croyant.

⁹⁰ Philosophe allemand.

Raymond-Robert Tremblay (1997)⁹¹, donne une spécificité à la croyance selon si elle est périphérique dans la conception d'un ordre d'idées ou centrale. Dans le premier cas, la croyance peut être modifiée facilement, sinon elle constitue un pilier même de l'identité d'un individu.

Il est donc important de pouvoir identifier l'origine de nos propres croyances en observant, réfléchissant, recherchant l'influence des proches, le rôle de la tradition, du savoir scientifique... afin de mieux les comprendre et au besoin, les modifier.

Tout individu possède une grande diversité de croyances qui se veut évolutive.

Le fait de croire reste non seulement utile pour l'être humain, mais constitue un besoin à la nature humaine qui cherche des explications aux éléments environnants ; il confère ainsi un sens à la vie. Les croyances jouent ce rôle non seulement sur le plan psychique, mais également sur l'influence qu'elles peuvent avoir sur la pratique. En effet, la majorité des hommes prennent des décisions sur leurs croyances et non sur des certitudes comme le spécifient Glynn et Ahern (2000) [62] en référence à la théorie d'Ajzen. Cette conception intègre le fait que la croyance des individus influence leur façon d'agir dans la pratique. Il y a une forte corrélation entre l'intention d'agir et l'action, sauf en cas de circonstances imprévues. Les déterminants de l'agissement sont les facteurs personnels tels que la croyance ainsi que les facteurs de la relation interpersonnelle, l'attente des autres ainsi que la motivation à se conformer aux attentes.

Les croyances peuvent soit être individuelles ou générales pour un ensemble de personnes.

Les croyances peuvent persister pendant toute la vie ; certaines peuvent changer et certaines peuvent être oubliées.

⁹¹ Cégep du Vieux Montréal, Cégep du Vieux Montréal [en ligne]. 2008.
Adresse URL : www.cvm.qc.ca/encephi/CONTENU/ARTICLES/CROYANCE.HTM
(consultée le 10 novembre 2010)

Par contre, dans la pratique, en plus de ces éléments, le professionnel de santé devra inclure les exigences institutionnelles au sein de son raisonnement décisionnel.

La théorie infirmière la plus à même de décrire le concept de croyance est la conception des soins infirmiers d'Ernestine Wiedenbach (1900-1998), qui est développée au chapitre suivant.

4. Cadre conceptuel

4.1. Théorie infirmière

Déjà en 1968, Ernestine Wiedenbach décrit le fondement de la profession infirmière [31,32].

Elle souligne l'importance d'un lien entre la théorie, la pratique et la recherche. Ces trois notions sont en interdépendance.

Un des éléments sur lequel cette théoricienne a souhaité apporter des précisions est la terminologie exacte des mots. A cette époque, elle trouve que certains termes, tels que « théorie infirmière », sont trop vaguement utilisés. Plusieurs éléments sont donc indispensables pour définir le concept de théorie: elle doit avoir un impact sur la pratique, faire partie des théories nominatives (théorie produisant des situations), inclure des références de théoriciens, être libérée de toutes orientations stéréotypées, avoir une finitude, être accomplie avec un certain dynamisme et avoir un but, une prescription et une vue générale.

La théorie, qui est constituée de concepts, forme la base de l'orientation d'un infirmier pour sa pratique. La théorie enracine des croyances de base qui guident la pratique infirmière. Toutefois, la théorie est, elle-même, constamment modifiée en fonction de la pratique. Par ailleurs, ce sont les résultats de recherches qui vont confirmer ou non la congruence des liens théorie-pratique-recherche.

Le but central de l'infirmier, qui sous-entend son engagement professionnel, est défini par la qualité de santé que l'infirmier désire pour son patient. Selon Wiedenbach (1968), c'est un idéal. L'engagement professionnel infirmier a pour origine la philosophie et les croyances propres de l'infirmier, mais aussi les valeurs telles que la compassion humaine et l'empathie.

Les quatre éléments principaux qui forment les soins infirmiers cliniques sont une philosophie (attitude et croyance de vie), un but (activités pour le bien-être du patient), une pratique (interventions infirmières influencées par la croyance, les sentiments et les besoins du patient) et l'art d'aider (compréhension des besoins des patients) [49].

4.2. La philosophie et l'art d'aider

Notre philosophie individuelle guide chacune de nos pensées, de nos actions, et influence les résultats de nos décisions. Les trois composantes de base sont la révérence pour le cadeau de la vie, le respect pour chaque personne, ainsi que la permission d'agir selon ses propres croyances [48]. Wiedenbach (1970) reconnaît toutefois que la philosophie diffère des personnes et des services dans lesquels elles travaillent. Ainsi, Wiedenbach conceptualise l'importance des croyances personnelles du professionnel infirmier en lien avec une philosophie différente du service spécifique. Une théorie est donc une abstraction qui influence la réalité de certaines actions pratiques fondées sur les liens entre croyances personnelles et professionnelles.

On constate donc que les croyances propres d'un infirmier sont à la base même de cette théorie puisqu'elles influencent directement la pratique professionnelle.

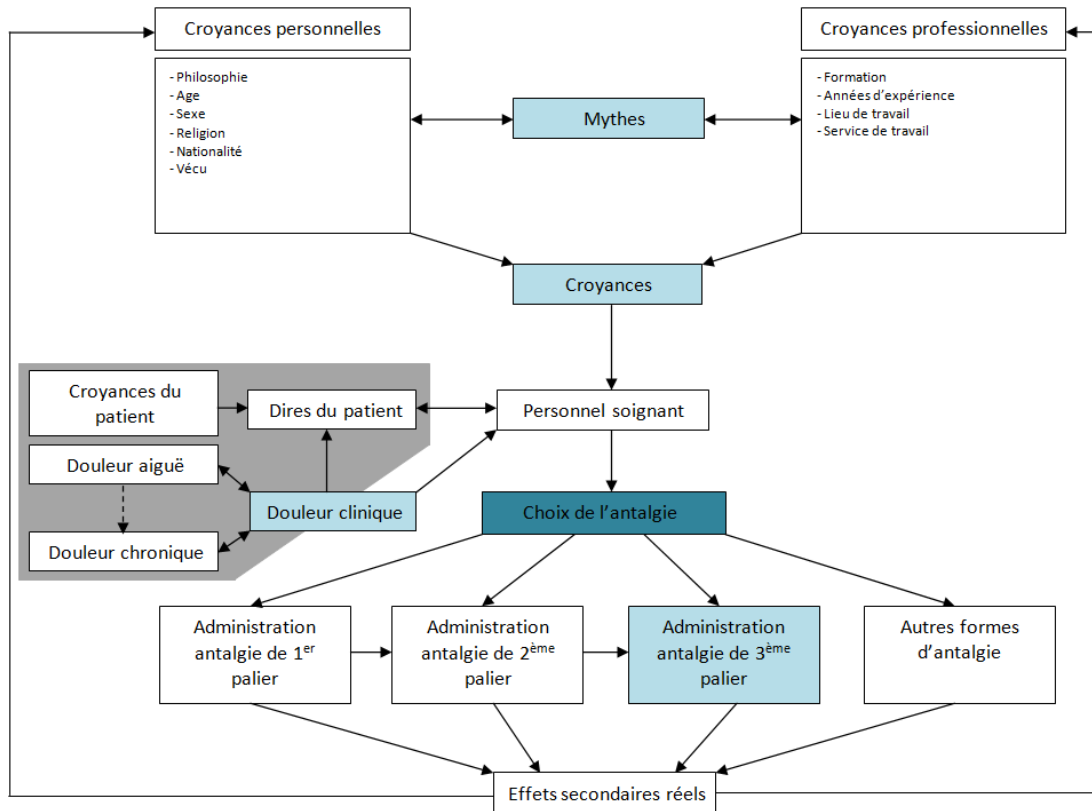
5. Carte conceptuelle

Suite aux différentes études consultées, concepts développés et théories infirmières utilisées pour l'analyse de mes données, j'ai décidé d'élaborer une carte conceptuelle afin de reprendre les éléments importants et pouvoir y joindre la synthèse finale en validant ou non le schéma.

Les croyances personnelles et professionnelles, en interaction avec certains mythes, vont influencer le professionnel infirmier dans les informations qu'il pourra apporter au médecin pour le choix de l'antalgie. Certains critères cliniques et dits du patient, en fonction de ses croyances, vont être pris en compte pour l'évaluation de l'intensité de la douleur.

Une fois l'administration faite, l'infirmier va pouvoir apprécier l'efficacité du traitement ainsi que repérer d'éventuels effets secondaires. Ces éléments vont venir modifier ou renforcer les croyances personnelles ou professionnelles.

Figure 1 : Carte conceptuelle



6. Méthodologie

6.1. Objectifs spécifiques de l'étude

Dans l'optique de mener à bien cette étude, il est souhaitable que j'émette certains objectifs spécifiques.

Pour ce travail, j'aimerais collecter les informations des groupes cibles, les analyser et pouvoir en tirer profit. Elles concernent :

- Les éventuelles différences de croyance entre les secteurs de soins cibles du Valais romand ; croyances en lien avec les préconstruits infirmiers au sujet de la morphine, l'administration et le dosage, les conséquences ainsi que la fréquence d'administration.
- Les éventuelles différences de croyances personnelles ou professionnelles au sein même des secteurs de soins.
- Les éventuelles influences dans chacun des secteurs de soin sur les croyances intergroupes.

De plus, je souhaite que cette étude soit fiable pour la pratique soignante et puisse actualiser ou apporter des nouveautés aux connaissances actuelles.

6.2. Devis de recherche

La présente étude consiste en un état des lieux de la problématique des mythes de la morphine.

Enquête de type quantitative cross-sectionnelle émanant du paradigme naturaliste⁹² et privilégiant la pensée hypothético-déductive. Utilisation d'un questionnaire standardisé de Musi et Bionaz (2005) [73] pour la collecte de données. Toutes les données sont entièrement anonymes.

La population cible de ma recherche comprend les professionnels infirmiers diplômés travaillant dans un établissement en Valais romand.

La distribution des questionnaires et la récolte de données sont réparties entre les auteurs de l'étude.

⁹² G. LOISELLE, Carmen, PROFETTO-MCGRATH, *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitative*, Québec : ERPI, 2007. Page 17.

Aucun subventionnement financier ou compensatoire n'a été prévu.

L'analyse statistique prévoit l'utilisation du programme informatique SPSS 18.0.

6.3. Instrument de recherche

Comme mentionné, l'élaboration du questionnaire standardisé⁹³ a été accomplie selon le modèle de Musi et Bionaz (2005). L'objectif, lors de sa conception, a été de créer un outil autoadministrable, dont l'échantillon cible répond de façon autonome (autodescription). De plus, il a été développé non seulement en tenant compte du niveau de formation et des compétences professionnelles de la population visée, mais également dans l'optique de faciliter sa compréhension et favoriser la participation et la franchise aux réponses.

Aucun test préliminaire n'a été effectué auprès de la population suisse. Toutefois, le questionnaire a déjà fait ses preuves dans une étude antérieure et il est en cours de validation.

D'un point de vue structurel, la première partie du questionnaire a été conçue dans le but de classer l'échantillon selon les données sociodémographiques. Au total, huit questions constituent cette portion : sexe, âge, profession, service de travail, expérience professionnelle, lieu d'habitation, nationalité et religion. Pour six de ces questions, des propositions sont faites et permettent au sujet de cocher la case correspondante. L'encodage est ainsi simplifié.

La deuxième partie comporte sept questions parmi lesquelles se trouvent une association d'idées évoquée par le mot « Morphine », une série de vingt-six énoncés (expressions et risques) sur lesquels il faut donner son opinion en quantifiant sa perception sur l'échelle de Likert⁹⁴, une interrogation en lien avec l'administration de morphine dans la dernière année, trois concernant la

⁹³ Annexe A

⁹⁴ Classification en 5 items de *totalelement en désaccord* à *totalelement d'accord*.

posologie et pour finir, une question ouverte avec la possibilité d'ajouter un commentaire.

En se basant sur cette composition, l'instrument de recherche semble couvrir convenablement le thème traité et permettre de trouver des résultats convaincants (validité manifeste). Les différentes mesures nominales et ordinales permettront d'éviter au mieux les variables parasites.

6.4. Récolte de données

La récolte de données a été réalisée par l'ensemble groupe de recherche. Les chercheurs expérimentés ont collecté les données dans les établissements et centres de formation des territoires Genevois et Vaudois. Concernant le Valais, la répartition du travail s'est faite en fonction de la question de départ de chaque étudiant et de la population cible à étudier. Mes deux collègues de formation se sont chargés de la cueillette de données relatives aux années Bachelor de la HES-SO filière soins infirmiers de Sion, tandis que les chercheurs ont fait de même pour les institutions hospitalières.

En ce qui me concerne, j'ai été chargé de prendre contact avec certains centres médico-sociaux et établissements médico-sociaux du Valais romand afin de collecter un échantillonnage convenable. J'ai porté une grande importance aux principes de fidélité, validité et véracité.

Afin d'éviter toute ambiguïté, chaque participant était informé qu'aucune rétribution ne serait attribuée.

6.5. Echantillonnage

L'échantillon complet de l'étude comprend plusieurs milliers de participants répartis sur les territoires Valaisans, Vaudois ainsi que Genevois. Différents groupes cibles ont été visés : non-professionnels, individus en cours de formation ainsi que professionnels de la santé.

6.5.1. Type et taille de l'échantillonnage à convenance

L'échantillon auquel je me suis intéressé concerne uniquement le personnel infirmier du Valais romand.

Les critères d'admissibilité pour le personnel infirmier faisant l'objet de mon étude sont :

- Diplômé/e Infirmier/ère
- Employé/e dans l'une des unités de soins suivantes : Pédiatrie, Médecine et Chirurgie, Soins aigus (urgences, soins continus ou soins intensifs), CMS⁹⁵ ou EMS⁹⁶.
- Etre engagé dans un établissement du Valais romand.
- Lire et comprendre le français.

Aucun critère d'exclusion tel que l'âge, le genre ou l'expérience n'a été appliqué.

6.5.2. Avantages et limites de l'échantillon

L'échantillon se constituera d'une grande diversité de professionnels infirmiers exerçant dans la région déterminée. Il se composera d'infirmier(ère)s diplômé(e)s, de tous âges et de plusieurs secteurs de soins. Il représentera donc convenablement les croyances de la population infirmière valaisanne romande et se limitera à ce territoire. Dans le but d'avoir un échantillonnage représentatif, la remise des questionnaires se fera de manière homogène. Ainsi sa pertinence devrait être optimale.

Par contre, la multiplication du nombre de groupes peut diminuer l'objectivité des résultats de recherche, raison pour laquelle je me suis limité à cinq secteurs de soins.

⁹⁵ Centres Médico-Sociaux qui comprennent les soins à domicile, les contrôles scolaires ainsi que les soins aux nourrissons.

⁹⁶ Etablissements Médico-Sociaux.

6.6. Plan de récolte de données

La récolte de données collectives s'est faite du mois d'août au mois de décembre 2010.

Pour ma part, après entente avec le groupe de recherche, lors d'une entrevue en septembre 2010, j'ai contacté les institutions début octobre 2010 et la collecte des données s'est achevée en décembre de la même année.

Premièrement, j'ai fait des recherches afin de pouvoir classer les établissements et centre médico-sociaux valaisans. Du fait du nombre important d'EMS de cette région, j'ai sélectionné les institutions où le nombre de pensionnaires correspond à huitante individus ou plus, ceci afin d'avoir un nombre suffisant d'infirmiers y travaillant.

J'ai contacté les directions de huit EMS ainsi que celles de quatre CMS régionaux et subrégionaux répartis sur l'ensemble du territoire. Un courrier de demande d'étude⁹⁷, auquel un questionnaire a été joint à but informatif, a été envoyé à chacun des établissements déterminés afin de décrire le but de l'étude, ma démarche, le respect de l'anonymat et les différents principes éthiques adoptés. Je me suis entretenu téléphoniquement la semaine suivante avec les personnes responsables d'institutions afin de fixer un éventuel rendez-vous.

Sur les douze demandes d'études, j'ai reçu onze réponses positives.

Par la suite, j'ai planifié, avec la majorité des directeurs et/ou les infirmier/ères chef/fes, une rencontre afin de leur expliquer plus en détail mon étude et leur remettre les questionnaires à distribuer au personnel infirmier.

Pour toute éventuelle question en suspens, je me suis rendu disponible en laissant mon numéro de téléphone portable.

Pour le retour des documents, une date butoire a été planifiée et je me suis rendu dans les institutions pour recueillir les documents ou ceux-ci m'ont été retournés par courrier.

Les derniers questionnaires ont été en ma possession à la mi-décembre 2010.

⁹⁷ Annexes B et C.

6.7. Technique d'analyse des données

Une fois les questionnaires collectés, les données ont été codifiées et saisies à deux reprises dans un document Excel avant d'être envoyées à Monsieur Verloo. Afin de mener à bien ma recherche, comme préalablement détaillé, j'ai décidé de distinguer les professionnels travaillant en pédiatrie, en médecine et en chirurgie, dans un service de soins aigus, en EMS ainsi qu'en CMS (points discutés avec mon Directeur de travail de Bachelor et Monsieur Verloo). Les variables souhaitées et la technique d'analyse ont également été transmises afin de pouvoir traiter les informations par le programme informatique SPSS version 18.0.

Pour l'analyse des données, les sous-groupes se sont constitués de la manière suivante :

Pour l'âge, l'échantillon a été classifié selon des tranches d'âge de 10 ans.

Pour l'expérience, la moyenne de pratique des infirmier/ères étant de 15 ans, le seuil a été fixé à ce chiffre.

Pour la nationalité, afin d'éviter un nombre trop important de variables, il a été décidé de classifier les données en deux groupes : nationalité suisse ou autre.

Enfin, le dernier élément à avoir été retenu concerne la religion pour laquelle trois groupes ont été formés : catholique, protestant ou autre font partie de ce groupe.

J'ai regroupé les différentes questions du document pour former cinq grands thèmes afin d'optimiser la pertinence. Cette démarche m'a facilité l'analyse.

Elles ont été classifiées de la façon suivante :

- Evocation spontanée du mot morphine (association d'idée)
- Préconstruits en rapport à la morphine
- Administration et dosage de la morphine
- Effets secondaires de la morphine
- Fréquence d'utilisation

Il a été convenu de simplifier l'échelle de Likert en deux items : en accord ou en désaccord.

Afin d'évaluer l'existence d'une différence significative entre les catégories, la technique du test de χ^2 de Pearson⁹⁸ (valeur χ^2) ainsi que le test exact de Fisher⁹⁹ (valeur F) vont être employés. Le seuil de significativité a été fixé à $p \leq 0.05$.

Une différence représentative entre les groupes ou les variables conforterait la carte conceptuelle.

Une disparité entre les groupes montrerait que le service a une influence sur l'utilisation de la morphine, à condition que l'échantillon soit homogène entre les services.

Une divergence entre les variables d'un même groupe indiquerait que certains facteurs tels que le genre, l'âge, l'expérience professionnelle, la nationalité, la religion... contribuent aux croyances infirmières par rapport à la morphine.

Il existe une multitude de tests dans la statistique quantitative... Avec les données collectées, énormément d'études peuvent en découler mais par soucis d'objectivité et afin d'éviter une trop grande complexité, je me limiterai aux éléments énoncés ci-dessus.

6.8. Principes éthiques

6.8.1. Participation volontaire et questionnaire codé

Les questionnaires ont été remis via la méthode « boule de neige¹⁰⁰ ». La première page du formulaire décrit le but de l'étude (véracité), précise le respect de la confidentialité, et l'exclusion d'une rémunération. La démarche respecte le principe d'autonomie selon lequel le sujet est libre de répondre ou non au questionnaire (participation volontaire) et l'anonymat (questionnaire codé) de sa participation à l'étude. Si l'individu accepte sa contribution à l'étude, sa signature fait foi de consentement.

⁹⁸ « Test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables de niveau nominal » [13, p.378]

⁹⁹ « Le test exact de Fisher permet de tester si les fréquences entières observées sur deux échantillons sont identiques ou non, même si les effectifs sont trop faibles pour un test du χ^2 » [100, *Aide-mémoire R>Statistiques>Test-de-Fisher-exact*]

¹⁰⁰ Cette technique de récolte de données consiste à transmettre stratégiquement une série de questionnaires (par exemple au directeur d'établissement, à l'infirmier/ère chef/fe afin qu'il les distribue à la population cible).

L'étude a préalablement été approuvée par le Comité d'Ethique des Hôpitaux Universitaires de Genève. Une entente avec la HES-SO, filière soins infirmiers, a été signée en début de partenariat.

6.8.2. Respect de la dignité de la personne

L'intention principale de la présente recherche n'est pas de montrer du doigt certains professionnels de la santé ou certaines unités de soins, mais bien de comprendre les différences significatives, s'il y en a, et comprendre leurs origines. Dans ce sens, on s'entend à dire qu'une meilleure connaissance de l'usage des antalgiques de la classe des morphiniques aurait pour conséquence une prise en charge plus adaptée et un meilleur respect de la dignité des bénéficiaires de soins.

6.8.3. Bienfaisance et non-malfaisance

Dans un souci de bienfaisance, chaque professionnel de la santé souhaite, dans sa pratique, calmer ou éviter au maximum les douleurs des patients. La connaissance des croyances gravitant autour des antalgiques semble donc inévitable car, dans un souci de non-malfaisance, l'infirmier désire ne pas provoquer d'effets secondaires chez le soigné. Il y a donc une confrontation permanente entre ces deux principes. Une meilleure compréhension des croyances, informée par des résultats probants et corroborée par des statistiques cliniques, permettrait de clarifier ce problème.

7. Résultats

7.1. Composition et caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Sur l'ensemble des questionnaires, le collectif cible se compose de 515 soignants infirmiers parmi lesquels 28 individus (5.4%) travaillent en pédiatrie, 253 (49.1%) en médecine et chirurgie, 61 (11.8%) dans le domaine des soins aigus, 65 (12.6%) en CMS ainsi que 108 (21%) dans un EMS. Le taux de participation de chaque strate ne peut être précisé en raison de la méthode utilisée.

Le genre féminin¹⁰¹ constitue les neuf dixièmes de l'échantillon (89.1% vs 10.5%). Les services où le sexe masculin est le plus présent sont les soins aigus (24.6%), tandis qu'en pédiatrie aucun questionnaire n'a été rempli par un homme.

La tranche d'âge 30-39 ans est la plus fréquemment représentée dans les groupes, mis à part aux CMS où elle est en adéquation avec celle de 40-49 ans (27.7%), ainsi qu'en EMS où la quarantaine prime (31.5%).

On observe que les services de médecine et de chirurgie ont une population plus jeune et moins expérimentée. Les années d'expérience des strates coïncident avec l'âge des infirmiers/ères.

La proportion de personnes de nationalité suisse varie de 86.2% pour les CMS à 51.8% pour les EMS. Le somme des 5 groupes est de 312 infirmiers/ères (60.6%) suisses.

La religion catholique est la plus représentée avec près de trois quarts des soignants. Le seul domaine avec une dizaine de pourcentages inférieurs aux autres est celui des EMS (62%). A noter qu'un taux d'abstention important ressort, malgré l'anonymat dans les soins aigus (18%), les EMS (14.2%) et la médecine-chirurgie (12%), au sujet de la religion.

¹⁰¹ A partir de cet endroit du travail, le mot *infirmier* ne concerne plus que les soignants de genre masculin.

Tableau 1 : Composition et caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Infirmier/ère du Valais Romand							
		Pédiatrie	Médecine Chirurgie	Soins aigus	CMS	EMS	Total
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Total Echantillon		28 (5.4)	253 (49.1)	61 (11.8)	65 (12.6)	108 (21.0)	515 (100.0)
VARIABLES							
Genre	Masculin	0 (0.0)	22 (8.7)	15 (24.6)	4 (6.2)	13 (12.0)	54 (10.5)
	Feminin	28 (100.0)	231 (91.3)	46 (75.4)	61 (93.8)	93 (86.1)	459 (89.1)
	sans réponse	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.9)	2 (0.4)
Age (en années)	20-29	4 (14.3)	70 (27.7)	3 (4.9)	5 (7.7)	8 (7.4)	90 (17.5)
	30-39	12 (42.9)	77 (30.4)	29 (47.5)	18 (27.7)	22 (20.3)	158 (30.7)
	40-49	8 (28.6)	57 (22.5)	22 (36.1)	18 (27.7)	34 (31.5)	139 (27.0)
	50-59	4 (13.3)	28 (11.0)	5 (8.2)	14 (21.5)	31 (28.7)	82 (15.9)
	≥60	0 (0.0)	3 (1.2)	1 (1.6)	3 (4.6)	4 (3.7)	11 (2.1)
	sans réponse	0 (0.0)	18 (7.1)	1 (1.6)	7 (10.8)	9 (8.3)	35 (6.8)
Expérience prof.	< 15 ans	13 (46.4)	154 (60.9)	27 (44.3)	21 (32.3)	35 (32.4)	250 (48.5)
	≥ 15 ans	14 (50.0)	97 (38.3)	34 (55.7)	43 (66.2)	71 (65.7)	259 (50.3)
	sans réponse	1 (3.6)	2 (0.8)	0 (0.0)	1 (1.5)	2 (1.9)	6 (1.2)
Nationalité	Suisse	21 (75.0)	141 (55.7)	38 (62.3)	56 (86.2)	56 (51.8)	312 (60.6)
	Autre	7 (25.0)	103 (40.7)	22 (36.1)	9 (13.8)	50 (46.3)	191 (37.1)
	sans réponse	0 (0.0)	9 (3.6)	1 (1.6)	0 (0.0)	2 (1.9)	12 (2.3)
Religion	Catholique	22 (78.6)	186 (73.5)	48 (78.7)	49 (75.4)	67 (62.0)	372 (72.2)
	Protestant	2 (7.1)	9 (3.6)	1 (1.6)	8 (12.3)	12 (11.1)	32 (6.2)
	Autre	4 (14.3)	22 (8.7)	1 (1.6)	6 (9.2)	16 (14.8)	49 (9.5)
	sans réponse	0 (0.0)	36 (14.2)	11 (18.0)	2 (3.1)	13 (12.0)	62 (12.0)

7.2. Résultats intergroupes

Dans cette première section, j'ai décidé de faire la distinction entre chaque regroupement de questions décrit au point de la technique d'analyse des données. De la sorte, les points seront classifiés selon l'évocation spontanée du mot morphine (association d'idée), les préconstruits généraux en rapport à la substance, l'administration et le dosage, les effets secondaires du produit et enfin la fréquence d'utilisation.

7.2.1. Association d'idées par le mot morphine

De façon générale, l'idée première que se font les infirmiers/ères à propos de l'utilisation de la morphine concerne son emploi thérapeutique pour calmer les douleurs (« *analgésique* » (42.9%), « *antidouleur* » (14.6%), « *médicament* » (2.1%)). S'en suivent le « *soulagement* » (17.2%) et le « *confort* » (1.8%) qui découlent d'un aspect de sérénité... Enfin, les termes associés aux effets secondaires, à la dépendance ou au stade terminal de la vie, tels « *sédation* » (3.7%), « *opiacé* » (1.6%) ou « *fin de vie-mort* » (1.2%) ont très peu été abordés.

Dans les EMS, l'évocation du mot morphine est davantage centrée sur la sérénité que sur son utilisation médicamenteuse.

Les soins aigus, quant à eux, utilisant quotidiennement le produit, associent plus facilement la morphine à « *sédation* » ou « *opiacé* ».

Près d'un infirmier/ère des CMS sur cinq associe facilement le mot morphine à « *douleur-souffrance* ».

Toutes ces observations se confirment avec la présence d'une différence significative entre les secteurs de soins ($p=0.000$).

En examinant d'un peu plus près les données intergroupes, on s'aperçoit qu'il existe des variations selon la prise en charge exclusive de patients âgés, du degré d'atteinte de santé ainsi que les soins apportés par les CMS.

Tableau 2 : Association d'idées par le mot morphine, intergroupes

	Total (n=487) [%]	Pédiatrie (n=26) [%]	Médecine/Chirurgie (n=241) [%]	Soins aigus (n=55) [%]	CMS (n=62) [%]	EMS (n=103) [%]	Valeur P
Analgésique	209 (42.9)	12 (46.2)	112 (46.5)	26 (47.3)	21 (33.9)	38 (36.9)	0.000
Anti-douleur	71 (14.6)	5 (19.2)	31 (12.9)	9 (16.4)	16 (25.8)	10 (9.7)	
Confort	9 (1.8)	0 (0.0)	8 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	
Douleur-souffrance	57 (11.7)	2 (7.7)	33 (13.7)	6 (10.9)	11 (17.7)	5 (4.9)	
Drogue stupéfiante	15 (3.1)	0 (0.0)	7 (2.9)	3 (5.5)	2 (3.2)	3 (2.9)	
Fin de vie-Mort	6 (1.2)	0 (0.0)	2 (0.8)	0 (0.0)	1 (1.6)	3 (2.9)	
Médicament	10 (2.1)	2 (7.7)	5 (2.1)	1 (1.8)	1 (1.6)	1 (1.0)	
Opiacé	8 (1.6)	1 (3.8)	0 (0.0)	3 (5.5)	0 (0.0)	4 (3.9)	
Sédation	18 (3.7)	0 (0.0)	9 (3.7)	5 (9.1)	1 (1.6)	3 (2.9)	
Soulagement	84 (17.2)	4 (15.4)	34 (14.1)	2 (3.6)	9 (14.5)	35 (34.0)	

7.2.2. Préconstruits au sujet de la morphine

Cette partie comporte un regroupement d'expressions tirées du questionnaire en lien avec les préconstruits généraux de l'utilisation de la morphine. Tous les pourcentages, mis à part s'ils sont spécifiés, concernent le personnel en accord.

De façon globale, l'énoncé « *pour certains types de douleur, il est nécessaire d'utiliser la morphine* » a fait l'unanimité avec huit infirmiers/ères sur dix en accord. Les 40.5% totaux en accord avec « *prise de morphine indépendamment du type de douleur* » confirment ce point de vue.

Une faible proportion fait le lien avec les termes « *grave* » (13.1%), « *médicament de dernier recours* » (12.4%) ou « *la prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie* » (4.3%).

Plus spécifique à l'âge avancé, seuls 6.7% sont en accord avec « *la sensation douloureuse diminue avec l'âge, ce qui ne justifie pas son utilisation pour les personnes âgées* ».

Enfin, pour les malades en phase terminale, le panel total est complètement en opposition avec le fait que la prescription soit à éviter ($p=0.487$).

Des différences significatives se retrouvent dans l'idée de l'utilisation spécifique de la morphine en fonction du type de douleur. En effet, les secteurs de médecine et chirurgie ont d'autres croyances par rapport aux différents secteurs sur la « *nécessité d'utiliser la morphine pour certains types de douleur* » ($p=0.000$) ainsi que sur la « *prise de morphine indépendamment du type de douleur* » ($p=0.000$). A noter que pour ce second item, les EMS ont également une relation intergroupe distincte avec deux infirmières sur dix de plus en accord.

En lien avec la « *signification que c'est grave* » ($p=0.000$), les soins aigus (1.6%) sont en opposition aux CMS (28.1%).

Pour terminer, la médecine-chirurgie se retrouve en tête (11.6%) d'approbation que « *la sensation douloureuse diminue avec l'âge, ce qui ne justifie pas son utilisation chez les personnes âgées* » ($p=0.000$).

Tableau 3 : Préconstruits au sujet de la morphine, intergroupes (Utilisation comme analgésique et selon les effets probables sur les personnes malades).

	Total En accord	Pédiatrie En accord	Méd./Chir. En accord	Soins aigus En accord	CMS En accord	EMS En accord	Valeur P
Signifie que c'est grave. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=252) ; Soins aigus (n=61) ; CMS (n=64) ; EMS (n=108)	67 (13.1%)	2 (7.1%)	33 (13.1%)	1 (1.6%)	18 (28.1%)	13 (12.0%)	0.000
Prise de morphine indépendamment du type de douleur. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=251) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=65) ; EMS (n=107)	207 (40.5%)	5 (17.9%)	122 (48.6%)	17 (28.3%)	16 (24.6%)	47 (43.9%)	0.000
Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=250) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=65) ; EMS (n=108)	22 (4.3%)	1 (3.6%)	14 (5.6%)	2 (3.3%)	5 (7.7%)	0 (0.0%)	0.097
Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=250) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=65) ; EMS (n=106)	405 (79.6%)	26 (92.9%)	172 (68.8%)	54 (90%)	58 (89.2%)	95 (89.6%)	0.000
Médicament de dernier recours. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=249) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=65) ; EMS (n=108)	63 (12.4%)	1 (3.6%)	25 (10.0%)	7 (11.7%)	12 (18.5%)	18 (16.7%)	0.119
Prescription à éviter pour les malades en phase terminale. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=251) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=65) ; EMS (n=108)	12 (2.3%)	0 (0.0%)	7 (2.8%)	1 (1.7%)	0 (0.0%)	4 (3.7%)	0.487
Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=249) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=65) ; EMS (n=108)	34 (6.7%)	0 (0.0%)	29 (11.6%)	3 (5%)	1 (1.5%)	1 (0.9%)	0.000

7.2.3. Administration et dosage de la morphine

Dans cette partie, les résultats sont décrits selon l'ordre dans lequel ils se succèdent dans la clinique.

Dans l'ensemble, le personnel infirmier ne juge pas difficile de « *doser ou d'utiliser de la morphine* » ($p=0.677$), mais neuf infirmiers/ères sur dix préconisent « *l'utilisation d'une échelle de la douleur* » ($p=0.577$). « *L'information du médecin au malade lors de la prescription de morphine* » ($p=0.000$) devrait être effectuée selon 82.4% de l'échantillon ; le personnel infirmier des EMS est favorable avec dix-neuf infirmiers/ères sur vingt tandis que la médecine et la chirurgie ne le sont qu'avec quinze personnes sur vingt.

Ces données pourraient coïncider avec l'idée que les soignants se font que « *les malades sont contre la prescription de la morphine* » ($p=0.112$), mais elles ne correspondent pas.

Pour terminer, en analysant les croyances d'un point de vue du choix et de la pharmacocinétique, une différence significative est mise en évidence lorsqu'on évoque des « *médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie par*

l'utilisation de la morphine » ($p=0.015$), avec un taux plus élevé en médecine-chirurgie et dans les soins aigus. Les cinq groupes sont d'avis semblable avec 53.1% que « *la voie veineuse est plus efficace que la voie orale* » ($p=0.140$).

A préciser qu'il existe de nombreuses similitudes de réponses dans ce chapitre entre médecine-chirurgie et soins aigus.

Tableau 4 : Administration et dosage de la morphine, intergroupes

	Total En accord	Pédiatrie En accord	Méd./Chir. En accord	Soins aigus En accord	CMS En accord	EMS En accord	Valeur P
<i>Voie veineuse plus efficace que la voie orale.</i> Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=253) ; Soins aigus (n=58) ; CMS (n=62) ; EMS (n=107)	270 (53.1%)	14 (50%)	149 (58.9%)	35 (60.3%)	28 (45.2%)	44 (41.1%)	0.140
<i>Les malades sont contre la prescription de la morphine.</i> Pédiatrie (n=27) ; Méd./Chir. (n=253) ; Soins aigus (n=59) ; CMS (n=65) ; EMS (n=105)	140 (27.5%)	9 (33.3%)	61 (24.1%)	14 (23.7%)	26 (40.0%)	30 (28.6%)	0.112
<i>Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.</i> Pédiatrie (n=27) ; Méd./Chir. (n=247) ; Soins aigus (n=58) ; CMS (n=64) ; EMS (n=105)	69 (13.8%)	2 (7.4%)	45 (18.2%)	10 (17.2%)	6 (9.4%)	6 (5.7%)	0.015
<i>Dosage et utilisation difficile.</i> Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=251) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=65) ; EMS (n=108)	57 (11.1%)	1 (3.6%)	27 (10.8%)	8 (13.3%)	7 (10.8%)	14 (13.0%)	0.677
<i>Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.</i> Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=252) ; Soins aigus (n=59) ; CMS (n=65) ; EMS (n=108)	451 (88.1%)	26 (92.9%)	226 (89.7%)	51 (86.4%)	57 (87.7%)	91 (84.3%)	0.577
<i>Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.</i> Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=242) ; Soins aigus (n=59) ; CMS (n=65) ; EMS (n=107)	413 (82.4%)	25 (89.3%)	178 (73.6%)	50 (84.7%)	58 (89.2%)	102 (95.3%)	0.000

7.2.4. Risques et conséquences de la morphine

Pour cette section, j'ai décidé de regrouper les expressions de la première partie de la question n°10 de l'outil de recherche¹⁰² selon les risques et conséquences de la morphine, puis de détailler dans la deuxième partie les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés en fonction du système nerveux central, du système respiratoire ainsi que du système urinaire.

La totalité de la population étudiée est formelle avec seulement 5.8% en accord avec « *le risque de ne plus pouvoir arrêter la morphine, une fois le traitement entrepris* » ($p=0.403$). Par contre un cinquième répond favorablement à la menace de « *pouvoir s'habituer rapidement et prendre le risque d'augmenter la dose* » ($p=0.218$) et un quart mentionne que

¹⁰² Pour rappel, le questionnaire se trouve en annexe (A).

« *l'utilisation précoce de la morphine rend le recours aux autres traitements difficile en cas de douleur intense* » ($p=0.018$). Cette différence significative s'explique par un nombre restreint de personnes en accord en pédiatrie (14.3%) ainsi que dans les soins aigus (11.9%). Environ un infirmier/ère sur dix considère qu'il peut y avoir une « *diminution du temps de vie* » ($p=0.926$).

Tableau 5 : Risques et conséquences de la morphine, intergroupes

	Total En accord	Pédiatrie En accord	Méd./Chir. En accord	Soins aigus En accord	CMS En accord	EMS En accord	Valeur P
<i>Diminue le temps de vie.</i> Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=253) ; Soins aigus (n=61) ; CMS (n=64) ; EMS (n=107)	46 (9.0%)	3 (10.7%)	23 (9.1%)	4 (6.6%)	7 (10.9%)	9 (8.4%)	0.926
<i>Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.</i> Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=250) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=64) ; EMS (n=107)	106 (20.8%)	3 (10.7%)	50 (20.0%)	12 (20.0%)	11 (17.2%)	30 (28.0%)	0.218
<i>Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.</i> Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=253) ; Soins aigus (n=61) ; CMS (n=64) ; EMS (n=108)	30 (5.8%)	0 (0.0%)	16 (6.3%)	3 (4.9%)	2 (3.1%)	9 (8.3%)	0.403
<i>Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.</i> Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=251) ; Soins aigus (n=59) ; CMS (n=65) ; EMS (n=107)	136 (26.7%)	4 (14.3%)	70 (27.9%)	7 (11.9%)	19 (29.2%)	36 (33.6%)	0.018

7.2.4.1. Effets secondaires sur le système nerveux central

Un des effets secondaires le plus souvent éprouvé sur le système nerveux central est le « *risque de somnolence et sédation* » ($p=0.032$) avec plus de quatre infirmiers/ère sur cinq en accord dans les secteurs de soins, mis à part en médecine et chirurgie où seul trois quarts sont en accord.

Nous constatons également une différence significative avec le « *risque de délire ou d'euphorie* » ($p=0.001$) où il a été le moins souvent validé en médecine-chirurgie (48.2%) et le plus fréquemment dans les CMS (65.1%) et EMS (71.7%).

Moins d'un infirmier/ère total sur deux est en accord avec le « *risque de toxicodépendance* » ($p=0.052$) ou de « *dépendance physique / psychologique* » ($p=0.478$). Le « *risque de toxicodépendance* » est à la limite de la significativité ; plus la moyenne d'âge des patients pris en charge augmente, plus l'idée est forte.

Tableau 6 : Effets secondaires sur le système nerveux central, intergroupes

	Total En accord	Pédiatrie En accord	Méd./Chir. En accord	Soins aigus En accord	CMS En accord	EMS En accord	Valeur P
Risque de toxicodépendance. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=251) ; Soins aigus (n=59) ; CMS (n=64) ; EMS (n=106)	190 (37.4%)	7 (25.0%)	83 (33.1%)	23 (39.0%)	26 (40.6%)	51 (48.1%)	0.052
Risque de délire ou d'euphorie. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=249) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=63) ; EMS (n=106)	286 (56.5%)	15 (53.6%)	120 (48.2%)	34 (56.7%)	41 (65.1%)	76 (71.7%)	0.001
Risque de somnolence et sédation. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=250) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=63) ; EMS (n=106)	406 (80.1%)	24 (85.7%)	186 (74.4%)	50 (83.3%)	53 (84.1%)	93 (87.7%)	0.032
Risque de dépendance physique / psychologique. Pédiatrie (n=27) ; Méd./Chir. (n=243) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=64) ; EMS (n=104)	233 (46.8%)	10 (37.0%)	107 (44.0%)	32 (53.3%)	32 (50.0%)	52 (50.0%)	0.478

7.2.4.2. Effets secondaires sur le système respiratoire

Au niveau du système respiratoire, le principal effet secondaire qu'on connait de la morphine est le « *risque de dépression respiratoire* » (p=0.066) avec une moyenne de trois infirmiers/ères sur quatre en accord.

Tableau 7 : Effets secondaires sur le système respiratoire, intergroupes

	Total En accord	Pédiatrie En accord	Méd./Chir. En accord	Soins aigus En accord	CMS En accord	EMS En accord	Valeur P
Risque de dépression respiratoire. Pédiatrie (n=28) ; Méd./Chir. (n=252) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=64) ; EMS (n=105)	375 (73.7%)	22 (78.6%)	178 (70.6%)	53 (88.3%)	48 (75.0%)	74 (70.5%)	0.066

7.2.4.3. Effets secondaires sur le système urinaire

Pour la seconde fois dans ce chapitre, les secteurs des soins aigus et de pédiatrie obtiennent un score supérieur aux autres groupes. En effet, 66.7% du panel de ces groupes est en accord avec le « *risque de rétention urinaire* » (p=0.003) tandis que 49.8% le sont en médecine-chirurgie, 42.7% en EMS et 37.5% en CMS.

Tableau 8 : Effets secondaires sur le système urinaire, intergroupes

	Total En accord	Pédiatrie En accord	Méd./Chir. En accord	Soins aigus En accord	CMS En accord	EMS En accord	Valeur P
Risque de rétention urinaire. Pédiatrie (n=27) ; Méd./Chir. (n=247) ; Soins aigus (n=60) ; CMS (n=64) ; EMS (n=103)	249 (49.7%)	18 (66.7%)	123 (49.8%)	40 (66.7%)	24 (37.5%)	44 (42.7%)	0.003

7.2.5. Administration de morphine au cours de la dernière année

L'opinion sur l' « *administration de morphine au cours de la dernière année* » ($p=0.473$) est uniforme avec neuf infirmiers/ères sur dix qui sont en harmonie avec l'expression.

Tableau 9 : Administration de morphine au cours de la dernière année, intergroupes

	Total En accord	Pédiatrie En accord	Méd./Chir. En accord	Soins aigus En accord	CMS En accord	EMS En accord	Valeur P
<i>Ai administré de la morphine au cours de la dernière année.</i> Pédiatrie (n=27) ; Méd./Chir. (n=249) ; Soins aigus (n=54) ; CMS (n=65) ; EMS (n=106)	470 (92.7%)	24 (88.9%)	231 (92.8%)	54 (90.0%)	59 (90.8%)	102 (96.2%)	0.473

7.2.6. Fréquence d'utilisation de la morphine

En reprenant le tableau ci-dessous, nous nous apercevons que selon l'opinion des sujets de l'étude, les services où la « *fréquence d'utilisation de la morphine* » ($p=0.000$) est la plus courante, sont les soins aigus (trois quarts des infirmiers/ères pensent que la morphine est utilisée 2 à 7 fois par semaine), les EMS (deux tiers des infirmiers/ères imaginent que la morphine est utilisée 2 à 7 fois par semaine), la médecine-chirurgie suivie de peu par les CMS (un peu plus d'un infirmier/ère sur deux pense comme les deux groupes précédents) et finalement la pédiatrie (opinion d'utilisation d'une fois par semaine par huit infirmières sur dix).

Tableau 10 : Opinion sur la fréquence d'utilisation de la morphine, intergroupes

	Total (n=487) [%]	Pédiatrie (n=25) [%]	Méd./Chir. (n=242) [%]	Soins aigus (n=59) [%]	CMS (n=61) [%]	EMS (n=92) [%]	Valeur P
<i>Dépend de la situation</i>	1 (0.2%)	0 (0.0%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.000
<i>2-7x/semaine</i>	274 (57.2%)	2 (8.0%)	136 (56.2%)	45 (76.3%)	32 (52.5%)	59 (64.1%)	
<i>1x/semaine</i>	165 (34.4%)	20 (80.0%)	93 (38.4%)	13 (22.0%)	18 (29.5%)	21 (22.8%)	
<i>1x/mois</i>	39 (8.1%)	3 (12.0%)	12 (5.0%)	1 (1.7%)	11 (18.0%)	12 (13.0%)	

7.3. Résultats intragroupes

J'ai décidé d'analyser chaque secteur de soins afin de pouvoir décrypter s'il existe des croyances spécifiques émanant du genre, de la classe d'âge, de l'expérience, de la nationalité ou de la religion. Chaque secteur étudié sera traité individuellement puis s'en suivra un essai de généralisation. En raison

de la multitude d'informations et afin de faciliter la compréhension du document, seuls les éléments significatifs (valeur $p \leq 0.05$) vont être détaillés, mais toutes les expressions¹⁰³ précédemment traitées concernant les préconstruits, l'administration et les effets secondaires de la morphine l'ont aussi été dans ce chapitre. L'opinion sur l'administration de morphine n'a pas été traitée car les pourcentages de travail auraient également dû être pris en compte pour l'analyse des résultats.

7.3.1. Services de pédiatrie

7.3.1.1. Association d'idées

Dans les services de pédiatrie, aucune différence significative n'a pu être identifiée par rapport à l'association d'idées par le mot morphine, et ce, selon les quatre¹⁰⁴ variables utilisées.

Tableau 11 : Association d'idées par le mot morphine, pédiatrie

	Pédiatrie Evocation du mot Morphine														
Variables	Age (en années)					Expérience			Nationalité			Religion			
	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Analgésique	2 (50.0)	7 (63.3)	2 (28.6)	1 (25.0)	0.165	6 (50.0)	5 (38.5)	0.099	8 (40.0)	4 (66.7)	0.559	9 (42.9)	1 (50.0)	2 (66.7)	0.284
Anti-douleur	1 (25.0)	2 (18.2)	0 (0.0)	2 (50.0)		3 (25.0)	2 (15.4)		5 (25.0)	0 (0.0)		5 (23.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Confort	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		
Douleur-souffrance	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)		0 (0.0)	2 (15.4)		2 (10.0)	0 (0.0)		2 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Drogue stupéfiant	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		
Fin de vie-Mort	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		
Médicament	1 (25.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)		2 (16.7)	0 (0.0)		1 (5.0)	1 (16.7)		0 (0.0)	1 (50.0)	1 (33.3)	
Opiacé	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (8.3)	0 (0.0)		1 (5.0)	0 (0.0)		1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Sédation	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Soulagement	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	1 (25.0)		0 (0.0)	4 (30.8)		3 (15.0)	1 (16.7)		4 (19.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

7.3.1.2. Préconstruits

Pour ce qui se rapporte aux croyances générales des préconstruits, à une seule reprise et uniquement pour la religion, la différence est significative pour la « *nécessité d'utiliser de la morphine pour certains types de douleur* » ($p=0.048$). Cette différence s'explique du fait qu'un seul infirmier/ère, sur les

¹⁰³ Les tableaux complets présents dans ce chapitre ont été insérés en annexe (D) en format supérieur.

¹⁰⁴ Le genre n'a pas pu être analysé car l'échantillon ne contient aucune donnée relative aux hommes.

deux du panel protestant, est en accord avec l'expression, versus la quasi-totalité pour les deux autres catégories.

Tableau 12 : Préconstruits généraux de la morphine, pédiatrie

Préconstruits généraux	Pédiatrie En accord														
Variables	Age (en années)					Expérience			Nationalité			Religion			
	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Signifie que c'est grave.	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.412	1 (7.7)	1 (7.1)	*1.000	2 (9.5)	0 (0.0)	*1.000	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.745
Prise de morphine indépendamment du type de douleur.	0 (0.0)	2 (16.7)	3 (37.5)	0 (0.0)	0.278	2 (15.4)	3 (21.4)	*1.000	5 (23.8)	0 (0.0)	*0.290	5 (22.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.436
Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.710	0 (0.0)	1 (7.1)	*1.000	1 (4.8)	0 (0.0)	*1.000	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.868
Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.	4 (100.0)	11 (91.7)	7 (87.5)	4 (100.0)	0.804	13 (100.0)	12 (85.7)	*0.481	19 (90.5)	7 (100.0)	*1.000	21 (95.5)	1 (50.0)	4 (100.0)	0.048
Médicament de dernier recours.	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.101	1 (7.7)	0 (0.0)	*0.481	1 (4.8)	0 (0.0)	*1.000	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.868
Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--
Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées.	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--

* Test de Fisher

7.3.1.3. Administration et dosage

Pour l'administration et le dosage de la morphine, les items statistiquement significatifs sont la « *nécessité de l'utilisation d'une échelle de la douleur* » croisé avec la religion ($p=0.048$) alors que l'item sur le fait que la « *voie veineuse est plus efficace que la voie orale* » n'est pas perçu du même avis par le personnel d'un âge plus jeune, avec moins d'expérience (pour l'âge $p=0.023$ et pour l'expérience $p=0.012$).

Tableau 13 : Administration et dosage de morphine, pédiatrie

Administration et dosage	Pédiatrie En accord														
Variables	Age (en années)					Expérience			Nationalité			Religion			
	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Voie veineuse plus efficace que la voie orale.	3 (75.0)	9 (75.0)	1 (12.5)	1 (25.0)	0.023	10 (76.9)	4 (28.6)	0.012	11 (52.4)	3 (42.9)	*1.000	10 (45.5)	1 (50.0)	3 (75.0)	0.554
Les malades sont contre la prescription de la morphine.	0 (0.0)	3 (25.0)	5 (71.4)	1 (25.0)	0.070	2 (15.4)	7 (53.8)	*0.097	9 (42.9)	0 (0.0)	*0.071	8 (36.4)	0 (0.0)	1 (33.3)	0.580
Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.	0 (0.0)	2 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.370	1 (8.3)	1 (7.1)	*1.000	2 (10.0)	0 (0.0)	*1.000	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.782
Dosage et utilisation difficile.	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.101	1 (7.7)	0 (0.0)	*0.481	1 (4.8)	0 (0.0)	*1.000	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.868
Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.	4 (100.0)	10 (83.3)	8 (100.0)	4 (100.0)	0.412	13 (100.0)	13 (92.9)	*1.000	20 (95.2)	6 (85.7)	*0.444	21 (95.5)	1 (50.0)	4 (100.0)	0.048
Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.	4 (100.0)	10 (83.3)	7 (87.5)	4 (100.0)	0.698	12 (92.3)	13 (92.9)	*1.000	20 (95.2)	5 (71.4)	*0.145	19 (86.4)	2 (100.0)	4 (100.0)	0.632

* Test de Fisher

7.3.1.4. Risques et conséquences

Au sujet des effets secondaires sur le système nerveux central, les « *risques de toxicodépendance* » ($p=0.028$) et de « *dépendance*

physique/psychologique » ($p=0.048$) sont plus largement mentionnés par les infirmiers/ères quadragénaires.

Tableau 14 : Effets secondaires de la morphine, pédiatrie

Effets secondaires	Pédiatrie En accord														
Variables	Age (en années)					Expérience			Nationalité			Religion			
	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Diminue le temps de vie.	1 (25.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (25.0)	0.434	2 (15.4)	1 (7.1)	*0.596	3 (14.3)	0 (0.0)	*0.551	2 (9.1)	0 (0.0)	1 (25.0)	0.562
Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.	1 (25.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.434	2 (15.4)	1 (7.1)	*0.596	3 (14.3)	0 (0.0)	*0.551	3 (13.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.632
Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--
Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.	1 (25.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.321	3 (23.1)	1 (7.1)	*0.326	2 (9.5)	2 (28.6)	*0.253	4 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.529
Risque de toxicodépendance.	1 (25.0)	1 (8.3)	5 (62.5)	0 (0.0)	0.028	2 (15.4)	5 (35.7)	*0.385	6 (28.6)	1 (14.3)	*0.639	6 (27.3)	0 (0.0)	1 (25.0)	0.695
Risque de délire ou d'euphorie.	3 (75.0)	7 (58.3)	4 (50.0)	1 (25.0)	0.532	9 (69.2)	6 (42.9)	0.168	13 (61.9)	2 (28.6)	*0.198	12 (54.5)	1 (50.0)	2 (50.0)	0.981
Risque de somnolence et sédation.	4 (100.0)	10 (83.3)	8 (100.0)	2 (50.0)	0.101	12 (92.3)	12 (85.7)	*1.000	19 (90.5)	5 (71.4)	*0.253	18 (81.8)	2 (100.0)	4 (100.0)	0.529
Risque de dépendance physique / psychologique.	1 (25.0)	3 (27.3)	6 (75.0)	0 (0.0)	0.046	4 (33.3)	6 (42.9)	*0.701	9 (42.9)	1 (16.7)	*0.363	8 (36.4)	0 (0.0)	2 (66.7)	0.315
Risque de dépression respiratoire.	4 (100.0)	9 (75.0)	7 (87.5)	2 (50.0)	0.321	11 (84.6)	11 (78.6)	*1.000	17 (81.0)	5 (71.4)	*0.622	16 (72.7)	2 (100.0)	4 (100.0)	0.353
Risque de rétention urinaire.	4 (100.0)	8 (66.7)	5 (71.4)	1 (25.0)	0.158	11 (84.6)	7 (53.8)	*1.000	14 (66.7)	4 (66.7)	*1.000	13 (59.1)	2 (100.0)	3 (100.0)	0.216

* Test de Fisher

7.3.2. Services de médecine et chirurgie

7.3.2.1. Association d'idées

En médecine et chirurgie, seule la religion ($p=0.031$) influence les infirmiers/ères dans leur association d'idées au mot morphine. L'emploi thérapeutique du traitement pour calmer les douleurs (analgésique, antidouleur ou médicament) a le plus fréquemment été évoqué avec une prédominance pour le personnel infirmier de religion catholique. Pour le soulagement de la douleur et le confort du patient, 1 infirmier/ère sur 10, de religion autre, est en accord contre 2 infirmiers/ères sur 10 pour les catholiques et protestants. L'effet sédatif de la morphine est reconnu par les individus de religion protestante cinq fois plus fréquemment que dans les autres strates. Enfin, la référence à « *drogue* » ou « *stupéfiant* » a été plus nombreuse (14.3%) dans les religions autres.

Tableau 15 : Association d'idées par le mot morphine, médecine-chirurgie

	Médecine-Chirurgie Evocation du mot Morphine																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Analgésique	104 (47.1)	8 (40.0)	0.071	28 (41.2)	32 (44.4)	32 (57.1)	10 (38.5)	2 (66.7)	0.275	61 (41.5)	50 (54.3)	0.177	56 (42.4)	55 (53.9)	0.292	86 (48.8)	4 (44.4)	6 (28.6)	0.031
Anti-douleur	29 (13.1)	2 (10.0)		7 (10.3)	13 (18.1)	6 (10.7)	3 (11.5)	0 (0.0)		20 (13.6)	11 (12.0)		16 (12.1)	13 (12.7)		23 (12.8)	0 (0.0)	3 (14.3)	
Confort	7 (3.2)	1 (5.0)		3 (4.4)	0 (0.0)	3 (5.4)	2 (7.7)	0 (0.0)		5 (3.4)	3 (3.3)		6 (4.5)	2 (2.0)		6 (3.4)	0 (0.0)	1 (4.8)	
Douleur-souffrance	27 (12.2)	6 (30.0)		10 (14.7)	12 (16.7)	5 (8.9)	3 (11.5)	0 (0.0)		24 (16.3)	8 (8.7)		20 (15.2)	12 (11.8)		22 (12.3)	1 (11.1)	4 (19.0)	
Drogue stupéfiant	6 (2.7)	1 (5.0)		3 (4.4)	2 (2.8)	0 (0.0)	1 (3.8)	0 (0.0)		6 (4.1)	1 (1.1)		5 (3.8)	1 (1.0)		4 (2.2)	0 (0.0)	3 (14.3)	
Fin de vie-Mort	1 (0.5)	1 (5.0)		0 (0.0)	2 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		2 (1.4)	0 (0.0)		0 (0.0)	2 (2.0)		2 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Médicament	4 (1.8)	1 (5.0)		2 (2.9)	3 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		4 (2.7)	1 (1.1)		2 (1.5)	3 (2.9)		3 (1.7)	0 (0.0)	2 (9.5)	
Opiacé	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Sédation	9 (4.1)	0 (0.0)	0.071	2 (2.9)	0 (0.0)	4 (7.1)	2 (7.7)	1 (33.3)	0.275	3 (2.0)	6 (6.5)	0.177	6 (4.5)	3 (2.9)	0.292	5 (2.8)	2 (22.2)	1 (4.8)	0.031
Soulagement	34 (15.4)	0 (0.0)		13 (19.1)	8 (11.1)	6 (10.7)	5 (19.2)	0 (0.0)		22 (15.0)	12 (13.0)		21 (15.9)	11 (10.8)		28 (15.6)	2 (22.2)	1 (4.8)	

* Test de Fisher

7.3.2.2. Préconstruits

Les hommes confirment sept fois sur dix que la « *prise de morphine est indépendante du type de douleur* » ($p=0.018$) contre moins de cinq infirmières sur dix. Mis à part ce point, les trente-quatre autres comparaisons des préconstruits globaux se sont montrées en adéquation.

Tableau 16 : Préconstruits généraux de la morphine, médecine-chirurgie

Médecine-Chirurgie En accord																			
Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion				
Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P	
<i>Signifie que c'est grave.</i>																			
27 (11.7)	6 (27.3)	*0.050	10 (14.4)	9 (11.7)	9 (15.8)	4 (14.8)	1 (33.3)	0.838	20 (13.0)	13 (13.5)	0.900	19 (13.6)	14 (13.6)	0.996	25 (13.5)	2 (22.2)	3 (13.6)	0.761	
<i>Prise de morphine indépendamment du type de douleur.</i>																			
106 (46.3)	16 (72.7)	0.018	28 (40.6)	41 (53.2)	31 (54.4)	12 (44.4)	2 (66.7)	0.438	73 (47.7)	47 (49.0)	0.848	67 (47.5)	50 (48.5)	0.874	87 (46.8)	5 (55.6)	8 (38.1)	0.639	
<i>Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.</i>																			
12 (5.3)	2 (9.1)	*0.354	1 (1.4)	5 (6.5)	6 (10.7)	1 (3.6)	0 (0.0)	0.229	6 (3.9)	8 (8.4)	0.136	5 (3.6)	7 (6.9)	0.237	10 (5.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.413	
<i>Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.</i>																			
158 (69.3)	14 (63.6)	0.584	50 (71.4)	52 (69.3)	42 (73.7)	16 (57.1)	3 (100.0)	0.414	107 (70.4)	64 (66.7)	0.537	101 (72.7)	67 (65.0)	0.204	136 (73.9)	5 (55.6)	15 (68.2)	0.430	
<i>Médicament de dernier recours.</i>																			
23 (10.1)	2 (9.1)	*1.000	10 (14.3)	9 (11.8)	4 (7.1)	2 (7.1)	0 (0.0)	0.643	18 (11.2)	7 (7.4)	0.257	13 (9.4)	12 (11.8)	0.544	19 (10.4)	3 (33.3)	2 (9.1)	0.100	
<i>Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.</i>																			
7 (3.1)	0 (0.0)	*1.000	1 (1.4)	1 (1.3)	2 (3.6)	3 (10.7)	0 (0.0)	0.125	2 (1.3)	5 (5.2)	*0.113	4 (2.8)	3 (2.9)	*1.000	6 (3.2)	0 (0.0)	1 (4.5)	0.825	
<i>Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées.</i>																			
26 (11.5)	3 (13.6)	*0.729	5 (7.1)	9 (12.0)	8 (14.3)	2 (7.4)	1 (33.3)	0.450	16 (10.6)	13 (13.5)	0.483	14 (9.9)	14 (14.0)	0.331	16 (8.7)	2 (25.0)	2 (9.1)	0.304	

* Test de Fisher

7.3.2.3 Administration et dosage

Pour l'administration et le dosage du produit, seuls les infirmiers/ères quinquagénaires pensent que la « *nécessité de l'utilisation d'une échelle de la douleur* » ($p=0.048$) est moins essentielle, avec un pourcentage moyen inférieur de 15 points. Sur l'ensemble des autres expressions en lien avec le dosage, l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur, l'information du médecin au patient, la réticence des patients à l'administration du produit et

l'efficacité des voies d'administration, il n'y a aucune disparité notable quant à l'administration et au dosage.

Tableau 17 : Administration et dosage de la morphine, médecine-chirurgie

Administration et dosage	Médecine-Chirurgie En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Voie veineuse plus efficace que la voie orale.</i>	137 (59.3)	12 (54.5)	0.664	46 (65.7)	40 (51.9)	31 (54.4)	17 (60.7)	3 (100.0)	0.246	89 (57.8)	58 (59.8)	0.754	78 (55.3)	65 (63.1)	0.223	107 (57.5)	7 (77.8)	12 (54.5)	0.456
<i>Les malades sont contre la prescription de la morphine.</i>	57 (24.7)	4 (18.2)	0.496	16 (22.9)	19 (24.7)	12 (21.9)	6 (21.4)	2 (66.7)	0.486	35 (22.7)	25 (25.8)	0.582	37 (26.2)	21 (20.4)	0.289	54 (29.0)	0 (0.0)	3 (13.6)	0.056
<i>Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.</i>	41 (18.2)	4 (18.2)	*1.000	7 (10.3)	16 (21.3)	12 (21.4)	4 (14.3)	2 (66.7)	0.064	25 (16.7)	19 (20.0)	0.508	24 (17.5)	19 (18.6)	0.825	33 (18.2)	2 (22.2)	4 (18.2)	0.955
<i>Dosage et utilisation difficile</i>	25 (10.9)	2 (9.1)	*1.000	6 (8.6)	9 (11.7)	7 (12.3)	2 (7.4)	1 (33.3)	0.649	15 (9.7)	12 (12.6)	0.476	12 (8.6)	13 (12.6)	0.314	20 (10.8)	2 (22.2)	2 (9.1)	0.540
<i>Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.</i>	206 (89.6)	20 (90.9)	*1.000	68 (97.1)	69 (90.8)	49 (86.0)	22 (78.6)	3 (100.0)	0.048	141 (92.2)	83 (85.6)	0.096	122 (86.5)	96 (93.2)	0.095	166 (89.7)	7 (77.8)	21 (95.5)	0.334
<i>Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.</i>	163 (74.1)	15 (68.2)	0.549	45 (66.2)	56 (78.9)	41 (73.2)	21 (77.8)	3 (100.0)	0.369	108 (74.0)	69 (73.4)	0.922	107 (78.1)	68 (70.1)	0.165	138 (77.1)	6 (66.7)	16 (76.2)	0.771

* Test de Fisher

7.3.2.4. Risques et conséquences

La croyance relative aux effets secondaires et plus particulièrement au « *risque de s'habituer et d'augmenter la dose* » ($p=0.007$) se distingue chez les infirmiers/ères de 60 ans ou plus qui ont, par ailleurs, tous/tes répondu favorablement, contre un cinquième pour les classes d'âge inférieures.

Les individus de religions autres sont en accord à six sur dix avec le « *recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense si l'utilisation de morphine s'est faite précocement* » ($p=0.003$) contre une personne catholique sur quatre et une personne protestante sur trois.

Plus spécifiquement, sur le système nerveux central, les hommes reconnaissent moins le « *risque de toxicodépendance* » ($p=0.001$), « *de délire ou d'euphorie* » ($p=0.040$) ou de « *dépendance physique/psychologique* » ($p=0.016$) provoqué par la morphine. Pour revenir sur le « *risque de toxicodépendance* », les personnes de plus de 60 ans le signalent également davantage ($p=0.046$).

En confrontant le « *risque de rétention urinaire* » ($p=0.000$) selon la nationalité, on s'aperçoit que quatre infirmiers/ères sur dix de nationalité suisse sont en adéquation contre plus de six sur dix pour les autres, ce qui en fait un élément significatif du point de vue de sa différence.

Tableau 18 : Effets secondaires de la morphine, médecine-chirurgie

Effets secondaires	Médecine-Chirurgie En accord																		
	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Diminue le temps de vie.</i>	23 (10.0)	0 (0.0)	*0.236	8 (11.4)	4 (5.2)	5 (8.8)	6 (21.4)	0 (0.0)	0.150	11 (7.1)	12 (12.4)	0.162	14 (9.9)	8 (7.8)	0.560	18 (9.7)	0 (0.0)	4 (18.2)	0.270
<i>Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.</i>	49 (21.4)	1 (4.8)	*0.086	17 (24.6)	12 (15.6)	11 (19.6)	4 (14.8)	3 (100.0)	0.007	31 (20.3)	18 (18.9)	0.801	24 (17.1)	25 (24.3)	0.171	32 (17.3)	4 (44.4)	5 (22.7)	0.114
<i>Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.</i>	16 (6.9)	0 (0.0)	*0.374	6 (8.6)	1 (1.3)	4 (7.0)	2 (7.4)	1 (33.3)	0.090	9 (5.8)	7 (7.2)	0.665	10 (7.1)	6 (5.8)	0.693	12 (6.5)	2 (22.2)	1 (4.5)	0.171
<i>Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.</i>	63 (27.5)	7 (31.8)	0.667	24 (34.8)	18 (27.7)	15 (26.3)	8 (28.4)	2 (66.7)	0.349	47 (30.9)	22 (22.7)	0.157	37 (26.4)	28 (27.2)	0.895	46 (24.9)	3 (33.3)	13 (59.1)	*0.003
<i>Risque de toxicodépendance.</i>	83 (36.2)	0 (0.0)	0.001	27 (38.6)	26 (34.2)	19 (33.9)	5 (17.9)	3 (100.0)	0.046	53 (34.6)	30 (31.3)	0.581	41 (29.3)	40 (38.8)	0.119	63 (34.2)	4 (44.4)	8 (36.4)	0.812
<i>Risque de délire ou d'euphorie.</i>	114 (50.2)	6 (27.3)	0.040	32 (47.1)	37 (48.7)	26 (46.4)	15 (53.6)	3 (100.0)	0.461	71 (47.3)	48 (49.5)	0.741	69 (49.3)	49 (48.5)	0.906	93 (50.3)	4 (50.0)	11 (50.0)	1.000
<i>Risque de somnolence et sédation.</i>	172 (75.4)	14 (63.6)	0.226	51 (73.9)	62 (81.6)	38 (67.9)	19 (67.9)	3 (100.0)	0.287	118 (77.6)	67 (69.8)	0.167	104 (74.3)	79 (77.5)	0.571	145 (79.2)	7 (77.8)	14 (63.6)	0.253
<i>Risque de dépendance physique / psychologique.</i>	103 (46.4)	4 (19.0)	0.016	31 (44.9)	34 (45.9)	22 (40.7)	12 (42.9)	3 (100.0)	0.387	67 (45.0)	39 (42.4)	0.696	65 (47.1)	41 (41.8)	0.423	85 (47.2)	5 (55.6)	9 (40.9)	0.743
<i>Risque de dépression respiratoire.</i>	166 (72.2)	12 (54.5)	0.083	51 (72.9)	56 (73.7)	37 (64.9)	20 (71.4)	3 (100.0)	0.619	114 (74.5)	63 (64.9)	0.105	99 (70.2)	74 (71.8)	0.782	138 (74.6)	7 (77.8)	13 (59.1)	0.285
<i>Risque de rétention urinaire.</i>	112 (49.6)	11 (52.4)	0.804	37 (52.9)	36 (47.4)	29 (53.7)	13 (48.1)	1 (33.3)	0.896	77 (51.0)	46 (48.9)	0.754	55 (39.9)	65 (65.0)	0.000	91 (50.3)	5 (62.5)	6 (27.3)	0.090

* Test de Fisher

7.3.3. Services de soins aigus

7.3.3.1. Association d'idées

Dans les services de soins aigus, l'uniformité est présente entre les sous-groupes pour l'association d'idées au mot morphine.

Tableau 19 : Association d'idées par le mot morphine, soins aigus

Variables	Soins aigus Evocation du mot Morphine																		
	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Analgésique</i>	17 (40.5)	9 (69.2)	0.184	1 (50.0)	13 (50)	8 (38.1)	3 (60.0)	1 (100.0)	0.619	12 (52.2)	14 (43.8)	0.135	16 (47.1)	9 (45.0)	0.791	18 (41.9)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.333
<i>Anti-douleur</i>	8 (19.0)	1 (7.7)		1 (50.0)	4 (15.4)	4 (19.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		4 (17.4)	5 (15.6)		7 (20.6)	2 (10.0)		9 (20.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Confort</i>	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Douleur-souffrance</i>	4 (9.5)	2 (15.4)		0 (0.0)	5 (19.2)	1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)		5 (21.7)	1 (3.1)		4 (11.8)	2 (10.0)		4 (9.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Drogue stupéfiante</i>	3 (7.1)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	3 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	3 (9.4)		2 (5.9)	1 (5.0)		2 (4.7)	0 (0.0)	1 (100.0)	
<i>Fin de vie-Mort</i>	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Médicament</i>	0 (0.0)	1 (7.7)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (3.1)		0 (0.0)	1 (5.0)		1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Opiacé</i>	3 (7.1)	0 (0.0)		0 (0.0)	2 (7.7)	1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (4.3)	2 (6.3)		2 (5.9)	1 (5.0)		3 (7.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Sédation</i>	5 (11.9)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (3.8)	3 (14.3)	1 (20.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	5 (15.6)		2 (5.9)	3 (15.0)		4 (9.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>Soulagement</i>	2 (4.8)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (3.8)	1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (4.3)	1 (3.1)		1 (2.9)	1 (5.0)		2 (4.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	

7.3.3.2. Préconstruits

Dans les services de soins aigus, les seules différences significatives des préconstruits se retrouvent dans les tranches d'âge. Lorsqu'on évoque *qu'« il n'y a plus aucune espérance de vie lors de la prescription »* (p=0.007), les individus âgés de 20 à 29 ans (33.3%) et de 50 à 59 ans (20%) sont les seuls en harmonie avec cette expression.

Quant à l'âge, les personnes de 20 à 29 ans se retrouvent une seconde fois en opposition (66.7% versus 92.9% pour les trentenaires, 90.9% pour les quarantenaires et 100% pour les cinquantenaires) au thème relatif à la « *nécessité d'utiliser de la morphine pour certains types de douleur* » ($p=0.022$) tout comme les sexagénaires qui sont en totale opposition, car la totalité des infirmiers/ères est en désaccord.

A propos de « *médicament de dernier recours* » ($p=0.040$) et « *la sensation douloureuse diminue avec l'âge ce qui ne justifie pas son utilisation chez les personnes âgées* » ($p=0.001$), on retrouve le groupe des personnes ayant 60 ans ou plus en parfait désaccord.

Tableau 20 : Préconstruits généraux de la morphine, soins aigus

Préconstruits généraux	Soins aigus En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Signifie que c'est grave.</i>	1 (2.2)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.780	0 (0.0)	1 (2.9)	*1.000	1 (2.6)	0 (0.0)	*1.000	1 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.979
<i>Prise de morphine indépendamment du type de douleur.</i>	12 (26.7)	5 (33.3)	*0.743	2 (66.7)	8 (28.6)	6 (27.3)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.606	7 (26.9)	10 (29.4)	0.832	12 (31.6)	5 (23.8)	0.528	11 (23.4)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.179
<i>Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.</i>	2 (4.4)	0 (0.0)	*1.000	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.007	1 (3.8)	1 (2.9)	*1.000	2 (5.3)	0 (0.0)	*0.534	2 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.957
<i>Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.</i>	41 (91.1)	13 (86.7)	*0.634	2 (66.7)	26 (92.9)	20 (90.9)	5 (100.0)	0 (0.0)	0.022	23 (88.5)	31 (91.2)	*1.000	34 (89.5)	19 (90.5)	*1.000	42 (89.4)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.888
<i>Médicament de dernier recours.</i>	6 (13.3)	1 (6.7)	*0.668	0 (0.0)	2 (7.1)	2 (9.1)	1 (20.0)	1 (100.0)	0.040	3 (11.5)	4 (11.8)	*1.000	4 (10.5)	3 (14.3)	*0.691	6 (12.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.865
<i>Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.</i>	1 (2.2)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.840	1 (3.8)	0 (0.0)	*0.433	1 (2.6)	0 (0.0)	*1.000	1 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.979
<i>Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utiliser chez les personnes âgées.</i>	3 (6.7)	0 (0.0)	*0.566	0 (0.0)	1 (3.6)	1 (4.5)	0 (0.0)	1 (100.0)	0.001	1 (3.8)	2 (5.9)	*1.000	2 (5.3)	1 (4.8)	*1.000	2 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.957

* Test de Fisher

7.3.3.3. Administration et dosage

Pour l'administration et la posologie de la morphine, la seule donnée significative des trente rapprochements calculés est liée à l'avis asynchrone, une fois encore, des infirmiers/ères de 20 à 29 ans et de 60 ans ou plus avec « *l'information du médecin au malade lors de prescription de morphine* » ($p=0.001$).

Tableau 21 : Administration et dosage de la morphine, soins aigus

Administration et dosage	Soins aigus En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Voie veineuse plus efficace que la voie orale.</i>	29 (64.4)	6 (46.2)	0.235	1 (33.3)	18 (66.7)	11 (52.4)	4 (80.0)	0 (0.0)	0.378	15 (60.0)	20 (60.6)	0.963	20 (54.1)	14 (70.0)	0.242	27 (58.7)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.505
<i>Les malades sont contre la prescription de la morphine.</i>	12 (27.3)	2 (13.3)	*0.483	0 (0.0)	5 (17.9)	7 (31.8)	2 (40.0)	0 (0.0)	0.508	4 (16.0)	10 (29.4)	0.231	11 (29.7)	2 (9.5)	*0.106	12 (26.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.706
<i>Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.</i>	6 (14.0)	4 (26.7)	*0.265	1 (33.3)	5 (17.9)	3 (14.3)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.922	4 (16.0)	6 (18.2)	*1.000	3 (8.3)	6 (28.6)	*0.063	6 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.858
<i>Dosage et utilisation difficile</i>	6 (13.3)	2 (13.3)	*1.000	0 (0.0)	3 (10.7)	2 (9.1)	1 (20.0)	1 (100.0)	0.080	4 (15.4)	4 (11.8)	*0.717	5 (13.2)	3 (14.3)	*1.000	7 (14.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.840
<i>Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.</i>	38 (86.4)	13 (86.7)	*1.000	2 (66.7)	24 (88.9)	19 (86.4)	5 (100.0)	0 (0.0)	0.085	22 (84.6)	29 (87.9)	*0.722	33 (89.2)	17 (81.0)	*0.443	41 (89.1)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.886
<i>Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.</i>	37 (84.1)	13 (86.7)	*1.000	0 (0.0)	24 (85.7)	20 (90.9)	5 (100.0)	0 (0.0)	0.001	21 (84.0)	29 (85.3)	*1.000	33 (86.8)	16 (80.0)	*0.704	41 (89.1)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.886

* Test de Fisher

7.3.3.4. Risques et conséquences

Pour ce qui est en rapport avec les effets secondaires, il y a non seulement une différence significative selon l'âge pour le « *risque de ne plus pouvoir arrêter la morphine une fois le traitement entrepris* » ($p=0.000$) et le « *risque de somnolence et sédation* » ($p=0.002$), mais il existe, en plus de la classe d'âge, une différence entre les années d'expérience pour l'« *habitude et le risque d'augmenter la dose* » ($p=0.024$). De plus, pour cet item, plus l'expérience augmente, plus le panel est en accord (moins d'une infirmière sur dix en accord chez les professionnels moins expérimentés contre trois infirmières sur dix pour ceux avec plus de quinze ans de pratique).

De manière générale, les personnes de plus de soixante ans sont nettement plus persuadés des risques d'effets secondaires, mis à part la « *toxicodependance* » ($p=0.234$) et le « *risque de dépendance physique/psychologique* » ($p=0.243$).

Les personnes de nationalité suisse, quant à elles, sont plus souvent d'accord que l'« *utilisation précoce de la morphine rend difficile le recours aux autres traitements en cas de douleur intense* » ($p=0.041$) et qu'il existe un « *risque de délire ou d'euphorie* » ($p=0.024$).

Le « *risque de dépendance physique/psychologique* » ($p=0.017$) entre hommes et femmes est plus prononcé chez les infirmières, avec près de deux femmes sur trois en accord contre un homme sur quatre.

Tableau 22 : Effets secondaires de la morphine, soins aigus

Effets secondaires	Soins aigus En accord																		
Variables	Genre			Âge (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Diminue le temps de vie.</i>	4 (8.7)	0 (0.0)	*0.564	1 (33.3)	1 (3.4)	1 (4.5)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.234	2 (7.4)	2 (5.9)	*1.000	3 (7.9)	1 (4.5)	*1.000	3 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.936
<i>Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.</i>	9 (20.0)	3 (20.0)	*1.000	0 (0.0)	3 (10.7)	5 (22.7)	3 (60.0)	1 (100.0)	0.024	2 (7.7)	10 (29.4)	0.037	6 (16.2)	6 (27.3)	*0.334	8 (17.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.816
<i>Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.</i>	3 (6.5)	0 (0.0)	*0.569	0 (0.0)	2 (6.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0.000	1 (3.7)	2 (5.9)	*1.000	2 (5.3)	1 (4.5)	*1.000	2 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.958
<i>Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.</i>	7 (15.6)	0 (0.0)	*0.181	1 (33.3)	3 (10.7)	1 (4.8)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.552	5 (19.2)	2 (6.1)	*0.223	7 (18.9)	0 (0.0)	*0.041	7 (14.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.840
<i>Risque de toxicodependance.</i>	18 (40.0)	5 (35.7)	0.774	2 (66.7)	12 (44.4)	9 (40.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.274	10 (40.0)	13 (38.2)	0.891	14 (36.8)	8 (40.0)	0.814	17 (36.2)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.315
<i>Risque de délire ou d'euphorie.</i>	27 (60.0)	7 (46.7)	0.367	3 (100.0)	19 (67.9)	9 (40.9)	1 (20.0)	1 (100.0)	0.052	18 (69.2)	16 (47.1)	0.086	26 (68.4)	8 (38.1)	0.024	29 (61.7)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.330
<i>Risque de somnolence et sédation.</i>	38 (84.4)	12 (80.0)	*0.700	2 (66.7)	25 (89.3)	20 (90.9)	1 (20.0)	1 (100.0)	0.002	22 (84.6)	28 (82.4)	*1.000	32 (84.2)	17 (81.0)	*0.733	38 (80.9)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.791
<i>Risque de dépendance physique / psychologique.</i>	28 (62.2)	4 (26.7)	0.017	2 (66.7)	18 (64.3)	10 (45.5)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.243	15 (57.7)	17 (50.0)	0.609	23 (60.5)	8 (38.1)	0.099	26 (55.3)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.458
<i>Risque de dépression respiratoire.</i>	39 (86.7)	14 (93.3)	*0.668	2 (66.7)	24 (85.7)	20 (90.9)	5 (100.0)	1 (100.0)	0.654	21 (80.8)	32 (94.1)	*0.222	32 (84.2)	20 (95.2)	*0.403	40 (85.1)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.840
<i>Risque de rétention urinaire.</i>	30 (66.7)	10 (66.7)	1.000	2 (66.7)	19 (67.9)	15 (68.2)	3 (60.0)	1 (100.0)	0.961	17 (65.4)	23 (67.6)	0.854	26 (68.4)	13 (61.9)	0.613	30 (83.8)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.575

* Test de Fisher

7.3.4. Centres médico-sociaux

7.3.4.1. Préconstruits

Le personnel infirmier des centres médico-sociaux fait les mêmes associations d'idées au mot morphine, sans distinction entre les variables.

Tableau 23 : Association d'idées par le mot morphine, centres médico-sociaux

Variables	CMS Evocation du mot Morphine																		
	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Analgesique	19 (32.2)	2 (66.7)	0.939	4 (80.0)	7 (38.9)	6 (33.3)	1 (8.3)	1 (33.3)	0.309	11 (52.4)	10 (25.0)	0.479	19 (35.2)	2 (25.0)	0.242	18 (36.7)	3 (42.9)	0 (0.0)	0.235
Anti-douleur	15 (25.4)	1 (33.3)		0 (0.0)	4 (22.2)	4 (22.2)	5 (41.7)	0 (0.0)		4 (19.0)	12 (30.0)		15 (27.8)	1 (12.5)		13 (26.5)	1 (14.3)	1 (20.0)	
Confort	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Douleur-souffrance	11 (18.6)	0 (0.0)		0 (0.0)	3 (16.7)	6 (33.3)	2 (16.7)	0 (0.0)		3 (14.3)	8 (20.0)		9 (16.7)	2 (25.0)		9 (18.4)	0 (0.0)	2 (40.0)	
Drogue stupéfiante	2 (3.4)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)		0 (0.0)	2 (5.0)		2 (3.7)	0 (0.0)		2 (4.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Fin de vie-Mort	1 (1.7)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (2.5)		1 (1.9)	0 (0.0)		1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Médicament	1 (1.7)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (2.5)		1 (1.9)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	
Opiacé	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Sédation	1 (1.7)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (2.5)		0 (0.0)	1 (12.5)		1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Soulagement	9 (15.3)	0 (0.0)		1 (20.0)	3 (16.7)	1 (5.6)	1 (8.3)	2 (66.7)		3 (14.3)	5 (12.5)		7 (13.0)	2 (25.0)		5 (10.2)	2 (28.6)	2 (40.0)	

7.3.4.2. Association d'idées

Les infirmiers/ères ayant moins de quinze ans d'expérience évoquent neuf fois plus souvent un avis favorable à « *la prescription de morphine signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie* » ($p=0.036$).

L'échantillon complet des centres médico-sociaux, mis à part un/e infirmier/ère (12.5%), pense que « *la sensation douloureuse diminue avec l'âge ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine chez les personnes âgées* » ($p=0.030$).

Tableau 24 : Préconstruits généraux de la morphine, centres médico-sociaux

Variables	CMS En accord																		
	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Signifie que c'est grave.	16 (26.7)	2 (50.0)	*0.313	1 (20.0)	3 (16.7)	4 (22.2)	7 (53.8)	1 (33.3)	0.203	5 (23.8)	12 (28.6)	0.688	14 (25.0)	4 (50.0)	*0.206	12 (24.5)	3 (37.5)	3 (60.0)	0.213
Prise de morphine indépendamment du type de douleur.	15 (24.6)	1 (25.0)	*1.000	0 (0.0)	7 (38.9)	4 (22.2)	3 (21.4)	0 (0.0)	0.311	4 (19.0)	11 (25.6)	*0.755	13 (23.2)	3 (33.3)	*0.678	12 (24.5)	1 (12.5)	3 (50.0)	0.267
Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.	5 (8.2)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	3 (16.7)	1 (5.6)	1 (7.1)	0 (0.0)	0.647	4 (19.0)	1 (2.3)	*0.036	3 (5.4)	2 (22.2)	*0.137	5 (10.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.460
Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.	54 (88.5)	4 (100.0)	*1.000	5 (100.0)	17 (94.4)	15 (83.3)	11 (78.6)	3 (100.0)	0.504	20 (95.2)	37 (86.0)	*0.410	50 (89.3)	8 (88.9)	*1.000	45 (91.8)	6 (75.0)	5 (83.3)	0.336
Médicament de dernier recours.	10 (16.4)	2 (50.0)	*0.152	0 (0.0)	5 (27.8)	3 (16.7)	2 (14.3)	0 (0.0)	0.532	5 (23.8)	7 (16.3)	*0.507	9 (16.1)	3 (33.3)	0.349	10 (20.4)	1 (12.5)	1 (16.7)	0.859
Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.	0 (0.0)	0 (0.0)	—	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	—	0 (0.0)	0 (0.0)	—	0 (0.0)	0 (0.0)	—	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	—
Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées.	0 (0.0)	1 (25.0)	*0.062	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	—	0 (0.0)	1 (2.3)	*1.000	1 (1.8)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	0.030

* Test de Fisher

7.3.4.3. Administration et dosage

L'unique différence significative à signaler sur les croyances en lien avec l'administration et le dosage de la morphine se rapporte à l'« *information du médecin au malade lors de la prescription de morphine* » ($p=0.005$). En effet, les religions autres que catholique ou protestante sont d'avis moins tranché face à cet item avec près de la moitié moins de sujets en accord.

Tableau 25 : Administration et dosage de la morphine, centres médico-sociaux

Administration et dosage	CMS En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	<15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Voie veineuse plus efficace que la voie orale.	26 (44.8)	2 (50.0)	*1.000	3 (60.0)	9 (50.0)	4 (23.5)	7 (53.8)	1 (33.3)	0.364	12 (60.0)	15 (36.6)	0.084	24 (45.3)	4 (44.4)	*1.000	22 (47.8)	4 (50.0)	1 (16.7)	0.337
Les malades sont contre la prescription de la morphine.	26 (42.6)	0 (0.0)	*0.144	4 (80.0)	5 (27.8)	9 (50.0)	3 (21.4)	2 (66.7)	0.087	9 (42.9)	17 (39.5)	0.799	25 (44.6)	1 (11.1)	*0.074	24 (49.0)	1 (12.5)	1 (16.7)	0.066
Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.	6 (10.0)	0 (0.0)	*1.000	1 (20.0)	0 (0.0)	4 (23.5)	1 (7.1)	0 (0.0)	0.187	3 (14.3)	3 (7.1)	*0.391	5 (9.1)	1 (11.1)	*1.000	6 (12.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.414
Dosage et utilisation difficile	7 (11.5)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	2 (11.1)	3 (16.17)	1 (7.1)	1 (33.3)	0.616	2 (9.5)	4 (9.3)	*1.000	5 (8.9)	2 (22.2)	*0.247	7 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.325
Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.	53 (86.9)	4 (100.0)	*1.000	5 (100.0)	16 (88.9)	17 (94.4)	10 (71.4)	2 (66.7)	0.242	19 (90.5)	37 (86.0)	*1.000	51 (91.1)	6 (66.7)	*0.073	43 (87.8)	7 (87.5)	5 (83.3)	0.954
Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.	54 (88.5)	4 (100.0)	*1.000	4 (80.0)	17 (94.4)	17 (94.4)	12 (85.7)	3 (100.0)	0.717	19 (90.5)	38 (88.4)	*1.000	50 (89.3)	8 (88.9)	*1.000	45 (91.8)	8 (100.0)	3 (50.0)	0.005

* Test de Fisher

7.3.4.4. Risques et conséquences

Selon les dix expressions détaillées ci-dessous, la seule disparité significative est en lien avec l'origine et se rapporte à l'idée que le patient « *peut s'habituer et que l'on prenne le risque d'augmenter la dose* » ($p=0.040$). Les infirmiers/ères de nationalité suisse sont moins formels que les autres participants (12.7% contre 44.4%).

Tableau 26 : Effets secondaires de la morphine, centres médico-sociaux

Effets secondaires	CMS En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur
Diminue le temps de vie.	7 (11.7)	0 (0.0)	*1.000	1 (20.0)	1 (5.6)	1 (5.6)	2 (15.4)	0 (0.0)	0.690	2 (9.5)	4 (9.5)	*1.000	6 (10.7)	1 (12.5)	*1.000	6 (12.2)	0 (0.0)	1 (20.0)	0.486
Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.	10 (16.7)	1 (25.0)	*0.539	0 (0.0)	5 (27.8)	1 (5.6)	2 (14.3)	0 (0.0)	0.284	3 (15.0)	7 (16.3)	*1.000	7 (12.7)	4 (44.4)	*0.040	10 (20.4)	0 (0.0)	1 (16.7)	0.416
Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.	2 (3.3)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	1 (7.1)	0 (0.0)	0.795	1 (5.0)	1 (2.3)	*0.538	1 (1.8)	1 (11.1)	*0.263	2 (4.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.760
Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.	17 (27.9)	2 (50.0)	*0.574	2 (40.0)	6 (33.3)	4 (22.2)	3 (21.4)	1 (33.3)	0.868	7 (33.3)	11 (25.6)	0.562	14 (25.0)	5 (55.6)	*0.108	16 (32.7)	2 (25.0)	1 (16.7)	0.682
Risque de toxicodépendance.	25 (41.7)	1 (25.0)	*0.640	2 (40.0)	6 (33.3)	12 (66.7)	4 (30.8)	0 (0.0)	0.095	7 (33.3)	18 (42.9)	0.466	22 (40.0)	4 (44.4)	*1.000	22 (45.8)	2 (25.0)	2 (33.3)	0.491
Risque de délire ou d'euphorie.	39 (65.0)	2 (66.7)	*1.000	2 (40.0)	8 (47.1)	15 (83.3)	10 (76.9)	2 (66.7)	0.119	10 (50.0)	30 (71.4)	0.099	35 (64.8)	6 (66.7)	*1.000	32 (68.1)	3 (37.5)	5 (83.3)	0.152
Risque de somnolence et sédation.	50 (84.7)	3 (75.0)	*0.508	3 (75.0)	15 (83.3)	16 (88.9)	11 (84.6)	2 (66.7)	0.872	17 (85.0)	35 (83.3)	*1.000	46 (85.2)	7 (77.8)	*0.626	41 (87.2)	5 (62.5)	5 (83.3)	0.217
Risque de dépendance physique / psychologique.	31 (51.7)	1 (25.0)	*0.613	2 (40.0)	9 (50.0)	12 (66.7)	6 (46.2)	1 (33.3)	0.652	11 (52.4)	20 (47.6)	0.722	26 (47.3)	6 (66.7)	*0.474	26 (54.2)	3 (37.5)	3 (50.0)	0.681
Risque de dépression respiratoire.	45 (75.0)	3 (75.0)	*1.000	4 (80.0)	12 (66.7)	15 (83.3)	8 (61.5)	3 (100.0)	0.480	14 (66.7)	33 (78.6)	0.306	40 (72.7)	8 (88.9)	*0.430	36 (75.0)	7 (87.5)	4 (66.7)	0.642
Risque de rétention urinaire.	23 (38.3)	1 (25.0)	*1.000	2 (40.0)	5 (27.8)	7 (38.9)	6 (46.2)	2 (66.7)	0.698	7 (33.3)	16 (38.1)	0.711	20 (36.4)	4 (44.4)	*0.718	20 (41.7)	1 (12.5)	2 (33.3)	0.281

* Test de Fisher

7.3.5. Etablissements médico-sociaux

7.3.5.1. Association d'idées

Dans les établissements médico-sociaux, aucune valeur n'est éloquente quant à une différence d'association d'idées au sein même des groupes formés.

Tableau 27 : Association d'idées par le mot morphine, établissements médico-sociaux

	EMS Evocation du mot Morphine																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Analgésique	34 (38.2)	4 (30.8)	0.756	4 (57.1)	9 (42.9)	10 (29.4)	14 (46.7)	1 (25.0)	0.568	13 (39.4)	25 (35.7)	0.697	23 (43.4)	14 (29.2)	0.783	22 (34.4)	6 (50.0)	3 (20.0)	0.382
Anti-douleur	7 (7.9)	3 (23.1)		1 (14.3)	1 (4.8)	2 (5.9)	3 (10.0)	1 (25.0)		4 (12.1)	6 (8.6)		4 (7.5)	6 (12.5)		6 (9.4)	0 (0.0)	2 (13.3)	
Confort	1 (1.1)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (1.4)		1 (1.9)	0 (0.0)		1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Douleur-souffrance	5 (5.6)	0 (0.0)		0 (0.0)	2 (9.5)	2 (5.9)	0 (0.0)	0 (0.0)		2 (6.1)	3 (4.3)		3 (5.7)	2 (4.2)		4 (6.3)	1 (8.3)	0 (0.0)	
Drogue stupéfiant	3 (3.4)	0 (0.0)		0 (0.0)	2 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		2 (6.1)	1 (1.4)		1 (1.9)	2 (4.2)		3 (4.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Fin de vie-Mort	3 (3.4)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	1 (3.3)	1 (25.0)		0 (0.0)	3 (4.3)		1 (1.9)	2 (4.2)		3 (4.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Médicament	1 (1.1)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	1 (1.4)		0 (0.0)	1 (2.1)		0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	
Opiacé	3 (3.4)	1 (7.7)		0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	3 (10.0)	0 (0.0)		0 (0.0)	4 (5.7)		2 (3.8)	2 (4.2)		2 (3.1)	1 (8.3)	1 (6.7)	
Sédation	3 (3.4)	0 (0.0)		0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.9)	1 (3.3)	0 (0.0)		1 (3.0)	2 (2.9)		1 (1.9)	2 (4.2)		3 (4.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Soulagement	29 (32.6)	5 (38.5)		2 (28.6)	7 (33.3)	15 (44.1)	7 (23.3)	1 (25.0)		11 (33.3)	24 (34.3)		17 (32.1)	17 (35.4)		20 (31.3)	3 (25.0)	9 (60.0)	

7.3.5.2. Préconstruits

Malgré de nombreuses ressemblances entre variables utilisées, l'image que se font les hommes et les personnes de 60 ans ou plus de la morphine comme étant un « *médicament de dernier recours* » ($p=0.034$ pour le genre et $p=0.011$ pour l'âge) est plus marquée que chez les autres sujets.

Tableau 28 : Préconstruits généraux de la morphine, établissements médico-sociaux

Préconstruits généraux		EMS En accord																	
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Signifie que c'est grave.	12 (12.9)	1 (7.7)	*1.000	1 (12.5)	2 (9.1)	4 (11.8)	5 (16.1)	0 (0.0)	0.876	4 (11.4)	9 (12.7)	*1.000	5 (8.9)	7 (14.0)	0.411	11 (16.4)	0 (0.0)	1 (6.3)	0.202
Prise de morphine indépendamment du type de douleur.	43 (46.7)	3 (23.1)	0.107	3 (37.5)	9 (40.9)	12 (36.4)	15 (48.4)	1 (25.0)	0.834	14 (40.0)	31 (44.3)	0.676	25 (44.6)	22 (44.9)	0.979	32 (47.8)	4 (33.3)	9 (56.3)	0.482
Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--
Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.	80 (87.9)	13 (100.0)	*0.351	7 (87.5)	20 (90.9)	28 (87.5)	27 (87.1)	4 (100.0)	0.945	33 (94.3)	60 (87.0)	*0.327	50 (89.3)	43 (89.6)	0.961	62 (92.5)	10 (90.9)	12 (75.0)	0.122
Médicament de dernier recours.	12 (12.9)	5 (38.5)	*0.034	0 (0.0)	4 (18.2)	4 (11.8)	4 (12.9)	3 (75.0)	0.011	4 (11.4)	14 (19.7)	*0.285	9 (16.1)	8 (16.0)	0.992	9 (13.4)	1 (8.3)	5 (31.3)	0.161
Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.	3 (3.2)	1 (7.7)	*0.418	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	3 (9.7)	0 (0.0)	0.396	1 (2.9)	3 (4.2)	*1.000	1 (1.8)	3 (6.0)	*0.341	2 (3.0)	1 (8.3)	1 (6.3)	0.631
Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées.	1 (1.1)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.748	0 (0.0)	1 (1.4)	*1.000	0 (0.0)	1 (2.0)	*0.472	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.810

* Test de Fisher

7.3.5.3. Administration et dosage

Les expressions utilisées pour décrire l'utilisation et le dosage de la morphine font concomitance. Une discordance significative concerne néanmoins l'expérience avec une infirmière plus expérimentée sur trois qui considère que « *les malades sont contre la prescription de la morphine* » ($p=0.018$) contre une sur huit pour les moins expérimentées.

Tableau 29 : Administration et dosage de morphine, établissements médico-sociaux

Administration et dosage	EMS En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
Voie veineuse plus efficace que la voie orale.	38 (41.3)	5 (38.5)	0.845	5 (62.5)	8 (36.4)	12 (36.4)	14 (45.2)	2 (50.0)	0.675	15 (42.9)	29 (41.4)	0.889	25 (44.6)	18 (36.7)	0.411	30 (45.5)	4 (33.3)	6 (37.5)	0.666
Les malades sont contre la prescription de la morphine.	28 (31.1)	2 (15.4)	*0.337	3 (37.5)	4 (18.2)	12 (35.3)	8 (26.7)	2 (50.0)	0.546	4 (12.5)	25 (35.2)	0.018	16 (29.6)	13 (26.5)	0.727	20 (30.8)	2 (16.7)	7 (43.8)	0.307
Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.	5 (5.6)	1 (7.7)	*0.565	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (9.7)	3 (9.7)	0 (0.0)	0.476	0 (0.0)	6 (8.8)	0.093	3 (5.4)	3 (6.3)	*1.000	4 (6.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.406
Dosage et utilisation difficile	13 (14.0)	1 (7.7)	*1.000	3 (37.5)	4 (18.2)	5 (14.7)	2 (6.5)	0 (0.0)	0.194	5 (14.3)	9 (12.7)	*1.000	5 (8.9)	8 (16.0)	0.268	6 (9.0)	2 (16.7)	3 (18.8)	0.459
Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.	80 (86.7)	9 (69.2)	*0.217	8 (100.0)	20 (90.9)	29 (85.3)	24 (77.4)	2 (50.0)	0.151	31 (88.6)	58 (81.7)	0.364	46 (82.1)	44 (88.0)	0.400	57 (85.1)	8 (66.7)	15 (93.8)	0.142
Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.	88 (95.7)	12 (92.3)	*0.491	8 (100.0)	20 (90.9)	31 (93.9)	31 (100.0)	3 (75.0)	0.188	33 (94.3)	67 (95.7)	*1.000	54 (96.4)	46 (93.9)	*0.662	63 (94.0)	12 (100.0)	15 (93.8)	0.682

* Test de Fisher

7.3.5.4. Risques et conséquences

Les effets secondaires sont perçus de la même façon dans les établissements médico-sociaux, indépendamment du genre, de l'âge, de l'expérience, de la nationalité ou de la religion.

Tableau 30 : Effets secondaires de la morphine, établissements médico-sociaux

Effets secondaires	EMS En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Diminue le temps de vie.</i>	7 (7.5)	1 (7.7)	*1.000	1 (12.5)	1 (4.5)	1 (2.9)	4 (12.9)	1 (25.0)	0.367	3 (8.6)	6 (8.6)	*1.000	5 (8.9)	4 (8.2)	*1.000	6 (9.1)	1 (8.3)	0 (0.0)	0.458
<i>Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.</i>	27 (29.0)	3 (23.1)	*0.755	3 (37.5)	4 (18.2)	11 (32.4)	10 (32.3)	2 (50.0)	0.629	7 (20.0)	23 (32.9)	0.169	13 (23.2)	16 (32.7)	0.281	19 (28.8)	2 (16.7)	6 (37.5)	0.483
<i>Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.</i>	8 (8.6)	1 (7.7)	*1.000	1 (12.5)	1 (4.5)	4 (11.8)	2 (6.5)	0 (0.0)	0.797	3 (8.6)	6 (8.5)	*1.000	3 (5.4)	6 (12.0)	*0.301	5 (7.5)	2 (16.7)	1 (6.3)	0.539
<i>Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.</i>	31 (33.7)	5 (38.5)	*0.761	4 (57.1)	6 (27.3)	13 (38.2)	9 (29.0)	2 (50.0)	0.536	12 (35.3)	24 (33.8)	0.880	18 (32.7)	17 (34.0)	0.890	22 (33.3)	3 (25.0)	6 (37.5)	0.780
<i>Risque de toxicodépendance.</i>	43 (46.7)	7 (58.3)	0.450	4 (50.0)	12 (54.5)	17 (54.5)	13 (41.9)	2 (50.0)	0.913	18 (52.9)	33 (47.1)	0.579	21 (38.4)	29 (58.0)	0.051	34 (51.5)	2 (16.7)	8 (50.0)	0.081
<i>Risque de délire ou d'euphorie.</i>	66 (71.7)	8 (66.7)	*0.740	8 (100.0)	16 (72.7)	25 (75.8)	19 (61.3)	2 (50.0)	0.200	27 (79.4)	47 (67.1)	0.195	39 (72.2)	36 (72.0)	0.980	48 (72.7)	8 (66.7)	12 (75.0)	0.880
<i>Risque de somnolence et sédation.</i>	81 (88.0)	10 (83.3)	*0.644	8 (100.0)	20 (90.9)	29 (87.9)	26 (83.9)	3 (75.0)	0.670	32 (94.1)	59 (84.3)	*0.213	46 (85.2)	46 (92.0)	0.277	60 (90.9)	9 (75.0)	13 (81.3)	0.231
<i>Risque de dépendance physique / psychologique.</i>	46 (51.1)	6 (50.0)	0.942	5 (62.5)	11 (50.0)	18 (56.3)	13 (43.3)	2 (50.0)	0.828	19 (55.9)	33 (48.5)	0.484	23 (42.6)	28 (58.3)	0.113	32 (50.9)	5 (41.7)	8 (50.0)	0.865
<i>Risque de dépression respiratoire.</i>	66 (72.5)	7 (58.3)	*0.325	6 (75.0)	17 (77.3)	21 (65.6)	21 (67.7)	3 (75.0)	0.900	27 (79.4)	46 (66.7)	0.181	36 (66.7)	37 (75.5)	0.324	48 (73.8)	5 (41.7)	12 (75.0)	0.073
<i>Risque de rétention urinaire.</i>	39 (43.8)	4 (33.3)	0.490	4 (57.1)	9 (40.9)	17 (53.1)	8 (26.7)	2 (50.0)	0.259	17 (51.5)	25 (36.8)	0.158	20 (38.5)	23 (46.9)	0.389	25 (39.7)	4 (33.3)	7 (43.8)	0.855

* Test de Fisher

8. Discussion

Ce chapitre¹⁰⁵ est séparé en trois parties. La première intègre le comparatif des croyances infirmières entre secteurs de soins selon l'association d'idées, les préconstruits, l'utilisation et le dosage et le risque d'effets secondaires de la morphine. La seconde section spécifie l'influence du genre, de l'âge, de l'expérience professionnelle, de la nationalité ou de la religion dans chaque secteur de soins étudié en fonction des croyances infirmières. La dernière partie, quant à elle, décrit les liens entre les résultats et l'influence des résultats intragroupes sur les observations intergroupes.

Comme détaillé dans la recension des écrits, je tiens à rappeler qu'il n'existe pas d'étude analogue de même type entre secteurs de soins ; il n'y a donc pas de comparatif direct possible.

Croyances entre secteurs de soins

Association d'idées

En regroupant les cinq secteurs de soins, l'idée principalement évoquée en lien avec la morphine concerne son emploi comme traitement médicamenteux. S'en suit la corrélation avec des perspectives de sérénité et finalement, ceux en rapport aux effets secondaires et à la fin de vie. Ces données coïncident avec les résultats de ceux de Verloo et al.(2009, 2010) [80, 81] et Musi et Bionaz (2005) [73] relatifs au personnel infirmier. Par contre, la population de la vallée d'Aoste fait plus facilement le rapprochement à la drogue [73].

Dans les résultats de la présente recherche, il existe des associations d'idées différentes entre les secteurs selon la prise en charge de patients en âge avancé, les structures de soins et les services dans lesquels le pronostic vital est engagé.

¹⁰⁵ La carte conceptuelle a été reprise et complétée selon la classification des questions, annexe E.

Au sein des EMS, la morphine est essentiellement prescrite pour l'apaisement de douleurs chroniques [110]. Cette composante peut expliquer le taux élevé d'association d'idées au soulagement.

Le personnel infirmier des CMS, structures extra institutionnelle, évoque plus fréquemment la douleur et la souffrance. Le taux élevé de patients souffrants [43, 69] et la gestion difficile de la douleur au domicile peuvent expliquer cette association d'idées. Les croyances infirmières pourraient être fondées sur les différentes barrières de prescription du domicile : le personnel infirmier, intermédiaire entre le patient et le médecin, doit évaluer dans un court laps de temps la douleur du patient, puis la transmettre au docteur. A partir de là, les médecins adaptent la posologie de la morphine en tenant compte qu'il s'agit d'une prescription pour le domicile dont la surveillance des effets secondaires est espacée dans le temps.

Pour les soins aigus, on retrouve une prédominance pour l'effet analgésique et sédatif recherché dans ces services, si elle est conjointement administrée avec des hypnotiques [21, 47].

Préconstruits généraux

L'ensemble du panel est sensible à l'utilisation d'une antalgie spécifique en fonction du type de douleur. Les recherches pharmacologiques de ces dernières décennies y ont clairement contribué [50, 58, 62, 80]. La médecine et la chirurgie pensent toutefois en nombre supérieur que la substance peut être administrée indépendamment du type de douleur et que la sensation douloureuse s'amointrit avec l'âge, ce qui ne justifie pas son utilisation.

Le secteur le plus attentif à une prescription spécifique est la pédiatrie ; la médication et le dosage sont très pointus et stricts. Pourtant, Manworren (2000) [66] précise dans son étude effectuée en pédiatrie que l'évaluation de la douleur est inadaptée, tout comme les interventions en liens. Pendant longtemps, on a pensé que la douleur n'était pas ressentie chez le nourrisson et qu'il ne s'en souviendrait pas [25].

De grandes variances existent entre les soins aigus et les soins à domicile sur la connotation grave en lien avec l'administration de morphine. Les

infirmiers/ères des CMS qui, rappelons-le, évoquent plus fréquemment la douleur et la souffrance, pensent davantage à la gravité de la situation. Les fausses croyances relatives à la morphine, dans ce secteur, peuvent expliquer cette notion de gravité : ils administrent moins de morphine au patient et la souffrance est ainsi maintenue.

L'échantillon total du Valais romand est en accord à 13.1% avec l'item « signifie que c'est grave » contre 39.7% dans la région de Beira Inferior [81]. L'ensemble des secteurs de soins estime que l'utilisation de morphine ne signifie pas qu'il n'y a plus d'espérance de vie. Il y a quelques années, le mythe de la morphine constituait ce préconstruit car, dans les années soixante, elle était majoritairement utilisée chez la personne en fin de vie [7].

Les préconstruits généraux de la morphine ne sont donc pas les mêmes d'un service à l'autre. Vandevusse (1997) [48], en reprenant les écrits de Wiedenbach, spécifiait déjà qu'il existait des philosophies différentes entre services de soins et entre individus. Sainsaulieu (2006) [77] précise, dans son étude, qu'il existe des appartenances collectives selon les secteurs de soins.

Administration et dosage

La croyance générale va dans le sens que le dosage et l'utilisation de la morphine se font sans difficulté ; il existe effectivement de très nombreux protocoles qui facilitent la posologie [21, 27-29, 33, 34, 42, 45, 88].

Un infirmier/ère sur deux pense que la voie veineuse est plus efficace que la voie orale, et ce, dans les cinq secteurs analysés, tout comme l'étude de Verloo et al. (2009) [81] le spécifie.

Les soins aigus et la médecine-chirurgie pensent moins justifiable d'utiliser de la morphine, compte tenu du type et de l'intensité de la douleur, car il existe des médicaments plus efficaces et adaptés.

Les infirmiers/ère de médecine-chirurgie ont moins de conviction quant à la nécessité d'informer le patient par le médecin lors d'administration de

morphine. Par extrapolation avec la théorie de Wiedenbach, l'information du médecin au patient est très importante, car elle permet de modifier certaines connaissances erronées et ainsi influencer les croyances personnelles du patient relatives à la substance. S'il existait une réticence causée par la peur, le bénéficiaire de soin verrait son angoisse s'amoinrir et l'appréciation de la qualité des soins augmentée. De plus, après administration de la morphine par l'infirmier, un vécu enrichissant pourrait agrémente les croyances s'il n'y a pas eu d'effets secondaires.

Risques et conséquences

Concernant les risques et les conséquences de la morphine, soins aigus et pédiatrie les mentionnent moins en général. Les formations postgrades fréquemment effectuées dans ces domaines et le savoir nouveau pourraient jouer un rôle et influencer les croyances professionnelles [57]. Par contre, il serait profitable d'effectuer une recherche sur le terrain afin de repérer les pourcentages exacts d'effets secondaires dans chaque secteur, car certaines atteintes rénale ou hépatique, chez les personnes âgées par exemple, peuvent augmenter l'incidence d'effets secondaires [42]. Ceci viendrait influencer les croyances professionnelles infirmières de risques et conséquences selon le statut de santé du bénéficiaire.

A l'opposé, ce qui est relatif au risque de rétention urinaire, peu observé dans la pratique, est plus mentionné par les soins aigus et la pédiatrie. On sait que cet effet secondaire est plus rare avec l'administration par voies parentérales [42]. Les deux facteurs qui peuvent influencer les croyances de ces groupes sont les formations plus poussées et/ou le mode d'administration et le dosage.

Fréquence d'administration

L'échantillon est formel avec 92.7% des infirmiers/ères qui pensent avoir donné de la morphine au cours de la dernière année.

Par contre, la fréquence d'administration de morphine n'est pas la même dans les différents groupes étudiés. Sans surprise, le secteur qui affirme le

plus couramment en administrer concerne les soins aigus, suivis par les EMS, la médecine et la chirurgie, les CMS et enfin la pédiatrie. Aucune donnée n'a pu être trouvée concernant les chiffres réels selon chaque secteur.

Il est étonnant de remarquer que la pédiatrie et les soins aigus ont de telles concomitances dans les réponses sur les préconstruits, le dosage et les effets secondaires, mais que la pédiatrie est le secteur à prétendre administrer le moins de morphine. Les formations spécifiques apportées en pédiatrie influenceraient davantage les croyances infirmières que l'expérience avec le produit.

Croyances personnelles et professionnelles dans les secteurs de soins

Genre

Le genre est déterminant pour les croyances relatives aux préconstruits généraux : les hommes travaillant en médecine-chirurgie pensent davantage que la morphine peut être prise indépendamment du type de douleur et, dans les EMS, ils affirment plus souvent qu'il s'agit d'un médicament de dernier recours.

Une différence flagrante concerne les femmes qui reconnaissent beaucoup plus facilement le risque d'effets secondaires, surtout en médecine-chirurgie. Ce principe correspond aux constatations de Glynn et Ahern (2000) [62] : les hommes ont moins de crainte d'induire des effets secondaires donc ils utilisent plus souvent des antalgiques. La crainte et l'angoisse se retrouvent plus largement dans la vie de tous les jours chez les femmes [54,102] ; cela émanerait de phénomènes hormonaux, génétiques et historiques.

Age

L'âge est le facteur le plus influent sur l'impact qu'il peut avoir sur les croyances personnelles qui pourraient agir sur la pratique.

Les individus âgés de 20 à 39 ans, en pédiatrie, mentionnent davantage l'efficacité de la voie veineuse par rapport à la voie orale.

Les infirmiers/ères de 40 à 59 ans travaillant en médecine-chirurgie sont d'avis moins favorable à la nécessité d'utiliser une échelle de la douleur.

Pour les sujets âgés de 20 à 29 ans et les sexagénaires dans les soins aigus, la croyance veut qu'il ne soit pas nécessaire que le médecin informe le malade lors de la prescription de morphine.

Sont-ce les nouveaux programmes de formation qui portent leurs fruits et les jeunes qui pensent qu'il n'est pas capital d'informer spécifiquement les patients ? A moins que les patients ne soient dans des situations si aiguës qu'ils n'en tiennent de toute façon pas compte ?

Les personnes sexagénaires travaillant dans les soins aigus ou en EMS mentionnent davantage que la morphine est un médicament de dernier recours. Pour cette même classe d'âge, aux soins aigus et en médecine-chirurgie, il existe un risque accru d'effets secondaires sur le système nerveux central. Il serait imprudent d'en tirer des conclusions hâtives, l'échantillon étant faible dans cette classe d'âge.

En pédiatrie, les avis concernant les risques de toxicodépendance divergent entre le personnel, qu'il soit dans la quarantaine (62.5%) ou la cinquantaine (0.0%).

Expérience professionnelle

Les infirmiers/ère ayant moins de 15 ans d'expérience et travaillant dans des CMS mentionnent plus fréquemment que la prescription induit la perte de l'espérance de vie.

En pédiatrie, le personnel moins expérimenté est deux fois plus important à penser que la voie veineuse est plus efficace que la voie orale.

Dans les EMS, les personnes ayant 15 ans de pratique ou plus affirment avec un pourcentage supérieur que les malades sont contre la prescription

de morphine. L'expérience amènerait-elle une écoute active plus assidue ? Wiedenbach (1970) [49] conceptualise que l'infirmier/ère acquiert des traditions durant sa formation, alors que la sagesse s'acquiert avec l'expérience.

Les personnes expérimentées des soins aigus pensent que l'on peut s'habituer à la morphine et l'on prend le risque d'augmenter la dose de morphine.

Les expériences sont des facteurs qui influencent les croyances qui, elles mêmes, sont essentielles à l'action infirmière [49].

Dans l'étude de Verloo et al. (2009) [81], l'expérience professionnelle influe sur les croyances relatives à l'existence d'autres médicaments plus efficaces que la morphine.

Nationalité

La nationalité est la variable qui a le moins d'impact sur les croyances des infirmiers/ères. Les seules différences concernent le risque d'effets secondaires :

- Dans les soins aigus, les Suisses pensent en plus grand nombre que *« l'utilisation précoce de la morphine rend difficile le recours aux autres traitements en cas de douleur intense »* et qu'il existe un *« risque de délire ou d'euphorie »*.
- Au CMS, à contrario des soins aigus, les Suisses indiquent moins souvent que l'on peut s'habituer à la morphine et que l'on prenne le risque d'augmenter la dose.
- En médecine-chirurgie, le risque de rétention urinaire est moins signalé par les Suisses.

Religion

La religion des participants a montré une différence significative pour l'association d'idées au mot morphine en médecine-chirurgie. Elle ne peut constituer une généralité puisqu'elle se retrouve uniquement dans ce secteur de soins.

Les soignants de religion protestante ont répondu distinctement en pédiatrie concernant la nécessité d'utiliser la morphine pour certains types de douleur ainsi que la nécessité d'employer une échelle de la douleur. Il est étonnant de voir que seul un protestant sur deux est en accord avec ces deux items alors que dans la première partie du chapitre, on remarque que la pédiatrie est le service dans lequel la prescription se fait de manière très spécifique. En médecine-chirurgie, ce sont les sujets de religions autres qui pensent que l'utilisation précoce de la morphine rend difficile le recours aux autres traitements en cas de douleur intense.

On se rend compte qu'il y a peu d'influence de la religion. Il y a quelques décennies pourtant, dans le christianisme et le judaïsme, le mal était considéré comme découlant de Dieu suite à un péché volontaire et, la souffrance physique, « *rédemptrice par imitation de la passion du Christ* »¹⁰⁶ [9, 12].

Relations entre observations intragroupes sur les résultats intergroupes

En analysant les possibles liens entre l'influence des croyances intragroupes par rapport aux résultats intergroupes, on se rend compte qu'il n'y a aucune relation de cause à effet. Considérant les distinctions au sein d'un secteur de soins, selon la composition de l'échantillonnage, il pourrait y avoir des incidences sur les discordances entre les groupes mais elles n'influencent en rien cette tendance.

¹⁰⁶ LEVY, Isabelle. Soins & Croyances, Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de la santé et des acteurs sociaux. Paris : ESTEM, 1999. p. 169.

9. Synthèse

La synthèse consiste à répondre clairement à la question de recherche, évaluer l'atteinte des objectifs généraux et porter un regard critique sur ses différentes étapes.

9.1. Réponse à la question de recherche

Après avoir développé, analysé et mis en lien l'ensemble des résultats de la présente recherche aux études et documents préexistants, je peux défendre qu'il existe des différences significatives entre les secteurs de soins du Valais romand concernant les croyances infirmières relatives à la morphine. Des appartenances collectives spécifiques ont pu être identifiées selon les divers services de soins.

9.2. Atteinte des objectifs de recherche

Au sein du chapitre six, les principaux objectifs de recherche étaient explicités. A présent, je vais les évaluer.

Tout au long du travail, j'ai pu collaborer avec le groupe de recherche médico-infirmier et, après arrangement, j'ai collecté les données des groupes cibles. Une partie s'est faite par le biais des chercheurs tandis que pour l'autre portion, j'ai recueilli un nombre significatif de questionnaires auprès des CMS et EMS du Valais romand. J'ai ensuite fourni les résultats au groupe de recherche. Toutes ces données ont été traitées selon la méthode quantitative, en respectant les principes éthiques détaillés.

J'avais pour objectifs spécifiques de repérer les éventuelles croyances entre les secteurs de soins selon les préconstruits, l'administration, le dosage, les effets secondaires et la fréquence d'administration. J'ai pu analyser ces données et les mettre en lien avec les connaissances scientifiques actuelles. De plus, j'ai pu repérer les facteurs influant sur les croyances personnelles et professionnelles qui sont, par ailleurs, majoritairement distinctes entre les services de soins et qui n'influent pas sur les croyances intergroupes.

Pour la fiabilité et la pertinence de l'étude pour la pratique, les points permettant de les évaluer sont traités dans les points suivants.

9.3. Validité interne

9.3.1. Choix du thème

Depuis le début de ma formation à la HES-SO, de nombreuses questions en relation avec la morphine n'avaient pu être élucidées et les différentes observations constatées n'ont jamais pu être objectivées par des études scientifiques.

Le thème de la gestion de la douleur avec les morphiniques est très régulièrement abordé dans tous les secteurs de soins.

Au vu des dernières recommandations de l'OMS concernant la prise en charge de la douleur et du nombre important d'études traitant de cette problématique, la possibilité offerte aux étudiants de ma promotion de collaborer avec un groupe de recherche médico-infirmier expérimenté m'a très vite encouragé à effectuer les démarches afin de m'y associer et collaborer pour aborder les croyances à propos de la morphine. De la sorte, une meilleure connaissance du thème favorise l'administration de la morphine et l'amélioration de la pratique infirmière.

9.3.2. Choix de la question spécifique

L'opportunité offerte de traiter d'une question de recherche d'intérêt personnel particulier sur le sujet m'a ouvert les portes d'une multitude de perspectives pour traiter de la morphine.

Mon questionnement s'est focalisé dès les premiers temps, car il constitue non seulement une perspective d'apport pour la pratique, mais représente également une ébauche de réponse à mes interrogations personnelles.

D'un commun accord avec le Docteur Doucet et Monsieur Verloo, le choix de vouloir comparer les divers secteurs de soins semble s'être montré judicieux, justifiable et cohérent.

La concordance entre le thème de départ et les résultats obtenus confirme le bien fondé du but recherché.

9.3.3. Choix du cadre de référence

Avant l'élaboration du cadre de référence, j'ai pris un temps de réflexion durant lequel j'ai lu plusieurs ouvrages pour cibler les concepts les plus pertinents.

Dans une certaine chronologie simplifiée, l'administration d'un anti-douleur, tel que la morphine, est influencée par les mythes et les croyances du personnel infirmier qui peuvent être modifiés selon le service de travail, le genre, l'âge, l'expérience, la nationalité, la religion,... De la sorte, je pense que les quatre concepts développés sont complets, pertinents et adaptés à la thématique du travail tel que posé.

Le choix de la théorie infirmière permettant l'analyse des résultats de recherche s'est fait dans cette logique, puisque la conception des soins infirmiers de Wiedenbach intègre les croyances infirmières dans la pratique.

9.3.4. Choix de l'outil méthodologique

Le questionnaire utilisé en vue de récolter les données a été réalisé et adapté à la population cible¹⁰⁷ par le groupe de recherche. Cet instrument méthodologique est inspiré, avec autorisation, et après avoir fait ses preuves, de celui de Musi et Bionaz (2005).

Les sections sociodémographiques, l'association d'idées, les expressions en liens avec la morphine et l'opinion de fréquence d'administration ont, de la sorte, convenablement pu être collectées et couvrir convenablement les croyances de la morphine.

¹⁰⁷ Questionnaire spécifique pour les professionnels de la santé, les étudiants et la population en générale.

9.3.5. Choix de l'analyse

Préalablement, je souhaite préciser que, volontairement, aucune hypothèse de recherche n'a été émise, car, malgré que les cours de méthodologie le démontrent, Monsieur Verloo nous a confirmé que ce genre d'études quantitatives n'émet pas d'hypothèses de recherche.

Le devis de recherche a été clairement défini, non seulement pour l'étude générale, mais de plus, il a été adapté pour la recherche personnelle. L'échantillon, les comparaisons envisagées et le regroupement des secteurs de soins ont longuement été discutés et réfléchis en fonction de l'âge des patients, du degré d'atteinte dans leur santé et des formations postgrades dispensées dans les secteurs. Ainsi, les critères d'exclusion choisis, le temps à disposition et les moyens financiers ont limité la taille de l'échantillon à la population détaillée.

Afin de spécifier les éléments constitutifs des croyances relatives à la morphine et faciliter l'analyse et la compréhension au lecteur, j'ai décidé de rassembler les « expressions du questionnaire » par thèmes.

Une fois les formulaires remplis et réceptionnés, les questionnaires ont été numérotés et les données ont été codifiées à convenance afin d'être analysées par un programme informatique spécifique à la recherche quantitative. Pour les données des CMS et EMS, les fichiers ont préalablement été entrés par mes soins dans Microsoft Excel. Cette tâche a été effectuée à deux reprises dans deux fichiers différents afin d'éviter les fautes de frappe et ainsi compromettre les résultats de l'analyse.

J'ai ensuite envoyé à Monsieur Verloo les documents corrigés et les variables nécessaires aux traitements des données personnelles. Les explications simplifiées du programme informatique SPSS 18.0 ont pu m'être apportées lors d'une entrevue.

Dans mon projet de Bachelor, j'avais pour idée d'analyser les données selon la méthode ANOVA¹⁰⁸. Le Docteur Doucet et Monsieur Verloo m'ont déconseillé d'utiliser cette technique, car elle est complexe, trop poussée pour cette recherche initiale et doit être justifiée. Je me suis donc rapidement tourné vers un autre moyen d'analyse statistique : le test du χ^2 de Pearson et, dans certaines situations précises¹⁰⁹, le test exact de Fisher.

De cette manière, les résultats de l'étude et les limites établies ont convenablement pu me guider dans l'interprétation des données. Si cette section était à refaire, j'utiliserai à nouveau ce biais.

9.4. Validité externe

9.4.1. Saturation des données

Comme mentionnés, les limites de temps et de financement ont restreint la taille de l'échantillon. Toutefois, les 515 questionnaires collectés entre les secteurs de soins représentent convenablement la population cible. En effet, plus l'échantillon est conséquent, moins de biais peuvent interférer sur les résultats et plus le seuil de saturation est approché.

Le choix du nombre de groupes à comparer et le regroupement de ceux-ci ont été pensés partant du principe que l'augmentation du nombre d'alliances augmente la puissance statistique.

La quantité faible de questionnaires collectés en pédiatrie et dans certaines classes d'âge ou religions ont nécessité des précisions et des précautions lors de l'analyse des résultats. J'aurai toutefois pu regrouper les cinquantenaires et les soixantenaires.

Du point de vue de l'extensibilité, cette comparaison a été effectuée uniquement sur sol valaisan ; c'est pourquoi elle ne peut être généralisée

¹⁰⁸ **Analyse de la variance** : « Analyse statistique destinée à vérifier les différences entre trois groupes ou plus, en comparant la variabilité entre les groupes à la variabilité au sein des groupes. » [13, p.375]

¹⁰⁹ Lorsque l'effectif théorique est inférieur à 5 dans un tableau croisé 2x2.

pour d'autres cantons, même s'il doit vraisemblablement exister d'importantes corrélations.

L'anonymat, l'absence de rémunération et la technique de récolte de données par la méthode boule de neige ont certainement favorisé la spontanéité et la franchise dans les réponses des participants.

En reprenant la validité de ces éléments, les résultats vont pouvoir être utilisés dans la pratique.

10. Conclusion

10.1. Bilan personnel

10.1.1. Facilités et difficultés rencontrées lors de la recherche

Ma soif de savoir, les différents aspects du soin infirmier abordés, les compétences acquises et l'envie de faire aboutir ce projet ont été, tout au long du travail, de réelles motivations.

Le suivi accordé par un groupe de recherche expérimenté ne peut qu'être bénéfique dans une étude du genre. En effet, la disponibilité de Monsieur Verloo m'a permis de répondre rapidement à mes éventuelles interrogations et ainsi d'avancer dans mon travail.

La majorité des directeurs d'institutions contactés ont été favorables à mes demandes d'étude, ce qui m'a grandement facilité la collecte de données.

La multitude de documents, études et informations relatives à la gestion de la douleur et des morphiniques existant furent très enrichissantes, mais elles ont toutefois ralenti ma progression, car j'ai dû lire passablement de documents en anglais, en faire la traduction et le tri.

Les autres difficultés que j'ai pu rencontrer se rapportent entre autres, à la méthodologie. Peu de cours en lien avec les recherches quantitatives nous ont été dispensés durant la formation, raison pour laquelle j'ai dû prendre les devants et contacter à plusieurs reprises le Docteur Doucet et Monsieur Verloo.

Ensuite, lors du codage et de la double saisie des questionnaires dans Excel, j'ai parfois été découragé par la répétition de la démarche. Je ne m'étais pas imaginé que les données traitées avec SPSS 18.0 me seraient transmis en mode PDF. J'ai alors dû réorganiser et classifier les données des quelques 1686 pages, en choisissant tantôt le test du chi-2 de Pearson, tantôt le test exact de Fisher selon la composition de l'échantillon. Une fois de plus, j'ai contrôlé à deux reprises chacun des résultats reproduits en tableaux.

Il y a enfin eu quelques petits découragements de temps à autre, lors des formations pratiques quand la fatigue ralentissait parfois ma progression. En fin de compte le plus important est d'avoir pu aller de l'avant et faire face à

ces événements sans trop d'embuches, en m'appuyant sur mes motivations stimulantes.

10.1.2. Apport personnel à la recherche

Tout au long de l'étude, je pense avoir donné de ma personne pour l'élaboration de ce mémoire et ma personnalité y transparait.

Dans les premiers chapitres, j'ai pu décrire les stimuli qui m'animaient et m'ont amenés à mes conclusions ainsi que les questions spécifiques de recherche que je souhaitais traiter. La réflexion que j'ai pu porter à la problématique consiste en des observations cliniques personnelles.

Ensuite, selon mes objectifs, j'ai spécifié les groupes à étudier et ai collecté une partie des données y relatives. La technique d'analyse a été identifiée selon mes compétences.

Enfin, dans l'analyse, j'ai pu utiliser mes observations cliniques et aboutir à une conclusion porteuse de sens.

10.1.3. Contrôle des objectifs d'apprentissage

Les différents concepts développés dans le travail m'ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances sur la neurophysiologie nociceptive, la classification des différents antalgiques selon l'OMS, l'histoire et l'utilisation clinique de la morphine ainsi que les éléments constitutifs du mythe et de la croyance.

Il s'agit avant tout d'une recherche initiale, mais j'ai pu approfondir certaines notions de la recherche quantitative et pourrai en faire usage dans mes futures formations. Ce concernant, le savoir dont m'ont fait bénéficier les chercheurs, s'est avéré riche et très utile ; je tiens particulièrement à les remercier.

L'utilisation du programme informatique SPSS 18.0 n'a pas pu être à proprement exercé car l'instrument coûte plusieurs dizaines de milliers de francs. Le principe a toutefois pu m'être expliqué et j'ai alors remarqué que

la saisie de données se pratique exactement comme dans un document Excel.

Enfin, je souhaitais pouvoir participer activement à l'étude médico-infirmière en apportant des informations clés au groupe de recherche. Les informations collectées auprès des CMS et EMS ont été fournies et vont ainsi pouvoir être utilisées dans les différentes études.

10.2. Bilan professionnel

10.2.1. Retour sur les compétences professionnelles

10.2.1.1. « Contribuer à la recherche en soins et en santé »

De nos jours, on sait que l'apport théorique est des plus important pour l'avancée de la pratique. La problématique de terrain identifiée permet de mieux comprendre les fondements de la croyance de la morphine pour la pratique soignante. Les résultats de recherche contribuent, de la sorte, au savoir scientifique actuel du thème en question, et peuvent désormais être utilisés dans la perspective d'ajustement pour la pratique. Une utilisation plus spécifique du produit peut ainsi être envisagée. Dans cette perspective les institutions participantes à l'étude ainsi que les lieux où j'ai effectué mes formations pratiques m'ont demandé de leur transmettre mon travail de Bachelor une fois terminé.

10.2.1.2. « Participer aux démarches qualité »

Les résultats et recommandations découlant de l'analyse vont, dès à présent, pouvoir être utilisés pour la pratique infirmière. L'objectif est d'encourager une meilleure gestion de la douleur avec les morphiniques grâce à la démythification de certaines croyances relatives à cette forme d'antalgie. Lorsque la douleur diminue, la qualité des soins est mieux perçue par les patients, la durée du séjour en milieu hospitalier amoindrie, le rétablissement

racourci et la reprise du travail pour les individus professionnellement actifs plus rapide.

Plus spécifiquement pour les personnes âgées, la souffrance physique peut entraver le bien-être et influencer péjorativement sur l'autonomie.

En pédiatrie, la douleur, si elle est mieux gérée, peut avoir une influence positive sur d'éventuelles futures nouvelles hospitalisations et amoindrir les craintes de cette population et des proches.

Enfin, pour ce qui est du personnel infirmier, l'appréhension exagérée tout comme le stress devraient être diminués, ce qui favoriserait une diminution de la tension professionnelle.

10.2.2. Piste de réflexion

Ce mémoire m'a conduit à entrevoir d'autres pistes de réflexion qui seraient bénéfiques pour la pratique. En effet, je me suis rendu compte de l'importance du rôle infirmier autonome dans cette thématique par rapport à l'évaluation de la douleur et l'administration du traitement. Reste maintenant à mesurer l'influence que peuvent avoir les autres acteurs du système socio-sanitaire, dont les médecins par rapport au choix du produit et les patients pour les croyances relatives au médicament. Certaines exigences institutionnelles ou légales pourraient, par ailleurs, être des facteurs déterminants dans la prise de décision.

Lorsque j'ai constaté les similitudes de certains résultats intergroupes, j'en ai déduit qu'une étude pourrait être intéressante pour déterminer la fréquence d'administration réelle de chaque groupe de soin, le respect de la posologie et de l'utilisation des doses de réserve.

L'évolution comparative des groupes dans lesquelles des compléments d'informations seraient enseignés pourrait également être observée.

Mon cheminement professionnel me pousse dès lors à entrevoir de nombreuses autres pistes susceptibles d'être abordées ou étudiés dans le prolongement de cette étude afin d'agrémenter les informations relatives à ma carte conceptuelle.

10.2.3. Recommandations pour la pratique

Si je devais émettre des recommandations pour la pratique, je contacterai premièrement les responsables des soins infirmiers des institutions afin de les informer de l'importance cruciale d'assurer des cours réguliers au sein des services.

Les points capitaux qui devraient être explicités concerneraient les moyens, l'évaluation de la douleur, les résultats précis des recherches sur les effets secondaires réels de la morphine, les protocoles hospitaliers en lien avec la substance, la prévention des effets secondaires sur le court terme, l'intégration de la thématique dans la relation soignant-soigné ainsi que les moyens d'informations destinés aux patients.

Secondairement, plus spécifiquement au personnel infirmier, je voudrai souligner que la remise en question par rapport à notre rôle de leadership dans le réseau de soin est prépondérante. La précision des dosages actuellement utilisés ne provoque que très rarement des effets secondaires tels que dépression respiratoire, pour lequel il existe un antidote, ou dépendance physique et psychique.

Il faut d'abord se rappeler que l'administration du médicament a pour but initial le soulagement des douleurs du patient et qu'il peut exister, comme dans tout autre traitement, quelques effets secondaires.

Comme quoi, n'est pas nocif en soi le produit, mais sa toxicité dépend que de l'usage et des posologies qu'on en fait...

11. Lexique¹¹⁰

Addiction :	<i>Conduite addictive ; toxicomanie.</i>
Analgésie :	<i>Disparition de la sensation douloureuse.</i>
Antalgie :	<i>Abolition ou atténuation des perceptions douloureuses.</i>
Dépendance :	<i>Besoin compulsif d'absorber une substance (drogue, alcool, tabac, etc.) pour faire cesser le malaise psychique (dépendance psychique) ou les troubles physiques (dépendance physique) dus au sevrage.</i>
Morphine :	<i>Stupéfiant, alcaloïde principal de l'opium, utilisé pour son puissant effet antalgique.</i>
Morphiniques :	<i>Se dit de ce qui se rapporte à la morphine ; se dit des médicaments apparentés à la morphine.</i>
Opiacés :	<i>Se dit d'une substance contenant de l'opium.</i>
Opiomanie :	<i>Toxicomanie qui s'adonne à l'opium.</i>
Opium :	<i>Suc épaissi qui s'écoule d'incisions faites aux capsules de diverses espèces de pavot et qui, généralement fumé, provoque un état d'euphorie suivi d'une phase stuporeuse.</i>
Sédatif :	<i>Se dit d'une substance qui agit contre la douleur, l'anxiété, l'insomnie ou qui modère l'activité d'un organe.</i>
Sédation :	<i>Atténuation ou disparition des manifestations pathologiques.</i>
Sevrage :	<i>Privation progressive d'alcool ou de drogue lors d'une cure de désintoxication.</i>
Toxicomanie :	<i>Comportement qui consiste à consommer, d'une façon habituelle ou périodique, un ou plusieurs produits psychotropes (drogues) susceptible d'engendrer un état de dépendance.</i>

¹¹⁰ Les définitions sont tirées de : LEGRAIN, Michel, GARNIER, Yves (dir.). Le petit Larousse illustré. Paris : LAROUSSE. 2002. 1785 p.

12. Références bibliographiques

Ouvrages :

1. AVET, Frédérique [et al]. *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. Paris : Med-Line Editions, 2006. 203 p. ISBN 2-84678-076-5
2. BEAULIEU, Pierre [et al]. *Pharmacologie de la douleur*. Montréal : Broché, 2005. 593 p. ISBN 2-7606-1951-6.
3. Dictionnaire de Médecine de chirurgie, de pharmacie De P.H. NYSTEN. 6^{ème} édition Bruxelles, chez. H. Dumon, 1834.
4. DUBOIS, Jean [et al]. *Dictionnaire étymologique et historique du français*. Paris : Larousse, 1996. 822 p. ISBN 2-03-710228-3.
5. FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana (dir.). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil, 2009. 293 p. ISBN 978-2-9533311-0-3.
6. GARNIER, Marcel [et al]. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Paris : Ed. Maloine, 2006. 1048 p. ISBN 2-224-02956-X.
7. JACQUET-SMAILOVIC, Murielle. *Avant que la mort ne nous sépare... Patients, familles et soignants face à la maladie grave*. 1^{ère} éd. Bruxelles : De Boeck. 2006. 197 p. ISBN 2-8041-5000-3.
8. LALANDRE, André. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. 1^{ère} ed. 1926. Paris : Presses universitaires de France. 2002. 1323 p. ISBN 2130530931.
9. LE BRETON, David. *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié. 1995. 237 p. ISBN 2-86424-191-9.
10. LEGRAIN, Michel, GARNIER, Yves (dir.). *Le petit Larousse illustré*. Paris : LAROUSSE. 2002. 1785 p. ISBN 2-03-530202-1.
11. LEHOT, Jean-Jacques. *52 cas cliniques transversaux*. Rueil-Malmaison : Ed. Prodel, 2008. 211 p. ISBN 2913996744.
12. LEVY, Isabelle. *Soins & Croyances, Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de la santé et des acteurs sociaux*. Paris : ESTEM, 1999. 222 p. ISBN 2 84371 049 9.
13. LOISELLE, G., Carmen & PROFETTO-MC GRATH, Joanne. *Méthode de recherches en sciences infirmières - approches quantitatives et qualitatives*. Montréal : ERPI, 2007. 591 p. ISBN 978-2-7613-1868-6.
14. LONERGAN, Bernard. *Method in theology*. Toronto: University of Toronto Press. 1990. 405 p. ISBN 0-8020-6809-X.

15. LONERGAN, Bernard. *Collected works of Bernard Lonergan. Insight*. Toronto: University of Toronto Press. 1992. 875 p. ISBN 0-8020-4355-1.
16. MARIEB, Elaine N., *Anatomie et physiologie humaines*. 6^{ème} éd. Paris : Pearson Education France, 2005. 1288 p. ISBN 2-7440-7118-8.
17. M. DORAN, Robert. *Theology and the dialectics of history*. Toronto: University of Toronto Press. 1990. 732 p. ISBN 0-8020-6777-8.
18. MOREL, Corinne. *Dictionnaire des symboles, mythes et croyances*. Paris : Broché. 2005. 958 p. ISBN 9782352871453.
19. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Statistiques sanitaires mondiale 2011*. 2011. 170 p. ISBN 978-92-4-256419-8.
20. PLAISANCE, Patrick. *Urgences Vitales*. 3^{ème} éd. Paris : ESTEM. 2008. 463 p. ISBN 978-2-84371-432-0.
21. POURRIAT, Jean-Louis [et al]. *Anesthésie et sédation en situation d'urgence*. Rueil-Malmaison : Arnette. 2007. 250 p. ISBN 978-2-7184-1162-0.
22. PRUDHOMME, Christophe, JEANMOUGIN, Chantal, KESSLER, Brigitte. *Urgences et réanimation*. Paris : Ed. MALOINE, 2008. 332 p. ISBN 978-2-224-03043-8.
23. SEBAG, Lucien. *Marxisme et structuralisme*. Paris : Payot, 1964. 264 p.
24. TOMEY, Ann Marriner, ALLIGOOD, Martha Raile. *Nursing Theorists and Their Work*. 6^{ème} éd. St.-Louis : Elsevier, 2005. 829 p. ISBN 0-32303010-6.
25. TWYLCROSS, Alison [et al]. *Prise en charge de la douleur chez l'enfant, Une approche multidisciplinaire*. Paris : Masson, 2002. 185 p. ISBN 1-85775-246-5.
26. VOYER, Philippe [et al]. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. Canada: ERPI, 2006. 700 p. ISBN 978-2-7613-1728-3.

Articles :

27. ANNEQUIN, D., TOURNIAIRE, B. Quoi de neuf sur la douleur de l'enfant? *Journal de Pédiatrie et Puériculture*, 2001, no 1, vol. 14, p. 53-59.

28. AUBRUN, Frédéric. Recommandation formalisée d'experts, Titration intraveineuse de morphine. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2009, vol.28, p. e33-e37.
29. AUBRUN, Frédéric. Recommandation formalisée d'experts, Spécificités des morphiniques chez le sujet âgé. Utilisation de la morphine par voie parentérale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2009, vol.28, p. e39-e41.
30. DELAUNAY, L., CATOIRE, P. Recommandation formalisée d'experts, Les morphiniques oraux ont-ils une place dans l'analgésie postopératoire? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2009, vol.28, p. e27-e32.
31. DICKOFF, James, JAMES, Patricia, WIEDENBACH, Ernestine. Theory in a practise discipline. Part 1. Practise oriented theory. *Nursing Research*, September-October 1968, vol.17, no 5, p. 415-435.
32. DICKOFF, James, JAMES, Patricia, WIEDENBACH, Ernestine. Theory in a practise discipline. Part 2. Practise oriented research. *Nursing Research*, November-December 1968, vol.17, no 6, p. 545-554.
33. GALL, Olivier. Recommandation formalisée d'experts, Comment utiliser les morphiniques en périopératoire? Spécificités pédiatriques. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2009, vol.28, p. e43-e47.
34. GATBOIS, E., ANNEQUIN, D. Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2008, vol. 21, p. 20-36.
35. GIBEAU, Gilbert. Présentation La construction du mythe, *Religiologique*, automne 1994, no 10, p. 7-26.
36. GOMAS, Jean-Marie. Petite histoire de la douleur et de la morphine...
... Ou tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'histoire des antalgiques et de la douleur sans oser le demander...!, *Le courrier de l'algologie*, 2004, vol.3, no 2, p. 59-66.
37. HILL, CS Jr. The barriers to adequate pain management with opioid analgesics, *Semin oncol*, April 1993, 5 p.
38. LAVAND'HOMME, Patricia. Peut-on prévenir la douleur chronique postopératoire, *MAPAR : Mise Au Point en Anesthésie Réanimation*, 2007, p. 325-329.
39. LE MAREC, Christian. Histoire de l'opium médicinal, Du pavot aux alcaloïdes de l'opium, *Douleurs*, avril 2004, vol. 5, no 2, p. 83-98.

40. MARIE, N. Mécanismes moléculaires de la tolérance aux opiacés et aux cannabinoïdes. *Réanimation*, 2009, vol. 18, p. 626-632.
41. MAUGEAIS, Patrick. Sainte Morphine, fléau de l'humanité. *Histoire, économie et société*, 1988, n°4, p. 587-608.
42. MAZOIT, JX. Techniques d'analgésie conventionnelle : morphiniques et non morphiniques. Indications, effets indésirables et surveillances. *Anesthésie et Réanimation*, 1998, vol. 17, p.573-584.
43. METRAILLER, Alain [et al]. Un EMS valaisan se mobilise. *Soins infirmiers*, décembre 2006, vol. 12, p. 50-53.
44. NICKEL, Susan, GESSE, Theresa, MACLAREN, Aileen. Her Professional Legacy. *Journal of Nurse-Midwifery*, May-June 1992, vol. 37, no 3, p. 161-167.
45. PEPIN, Gilbert [et al]. Opiacés et opioïdes: usages, effets, dépistage, dosage. *Revue Française des Laboratoires*, avril-mai 2000, no 322, p. 41-45.
46. PILLON, François. Les opiacés. *Actualités pharmaceutiques*, Mars 2009, no 483, p. 18-20.
47. SZTARK, F., LAGNEAU, F. Médicaments de la sédation et de l'analgésie. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2008, vol. 27, p. 560-566.
48. VANDEVUSSE, Leona. Sculpting a Nurse-Midwifery philosophy, Ernestine Widenbach's influence. *Journal of Nursing-Midwifery*, January-February 1997, vol. 42, no 1, p. 43-48.
49. WIEDENBACH, Ernestine. Nurses' Wisdom in nursing theory. *American Journal of nursing*, mai 1970, vol. 70, no 5, p. 1057-1062.
50. WILSON, Peter R. Complications of Opiate Pharmacotherapy. *Seminars in Pain Medicine*, December 2004, vol. 2, no 4, p. 228-232.

Etudes :

51. AL-SHAER, Deborah [et al]. Nurses' knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *MedSurg Nursing*, January 2011, vol. 20, p. 7-11.
52. ALLCOCK, Nick, TOFT, Cheryl. Student nurses' attitudes to pain relieving drugs. *International Journal of Nursing Studies*, February 2003, vol. 40, p.125-131.

53. BALLANTYNE, Jane, SHIN, Naomi. Efficacy of opioids for chronic Pain: a review of the evidence. *Clinical Journal of Pain*, 2008, vol. 24, no 6, p.469-478.
54. BANGASSER, DA [et al]. Sex differences in corticotropin-releasing receptor signaling and trafficking : potential role in female vulnerability to stress-related psychopathology. *Mol Psychiatry*, September 2010, vol. 15, p. 896-904.
55. BELL, Kirsten, SALMON, Amy. Pain, physical dependence and pseudoaddiction : Redefining addiction for « nice » people ?. *International Journal of Drug*, 2009, p. 170-178.
56. BERTHELOT, Jean-Marie [et al]. Prescrivons-nous assez de morphine ? Le point de vue de 100 patients hospitalisés dans un service de rhumatologie. *Revue du rhumatisme*, juin 2000, p. 376-381.
57. BRUNIER, Gillian [et al]. What do nurses know and believe about patients with pain? Results of a hospital survey. *Journal of Pain and symptom management*, 1995, vol.10, no 6, p. 436-445.
58. CHERASSE, Anne [et al]. Effets indésirables des morphiniques dans les douleurs aiguës non cancéreuses en rhumatologie. Etude observationnelle en milieu hospitalier. *Revue du Rhumatisme*. décembre 2004, vol. 71, p. 1186-1191.
59. EDWARDS, Helen E. [et al]. Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing and Health Sciences*, 2001, vol.3, p. 149-159.
60. FAHRENKRUG, Hermann. Mythes et réalité de l'héroïne en Suisse. *Communication, Vivre avec les drogues*. 1996, p. 109-121.
61. GERBERSHAGEN, Kathrin [et al]. Prevalence and impact of pain in neurological inpatients of German teaching hospital. *Clinical neurology and neurosurgery*, 2008, vol. 110, no 7, p. 710-717.
62. GLYNN, G., AHERN, M. Determinants of critical care nurses' pain management behaviour. *Australian critical care*, 2000, vol. 13, no 4, p. 144-151.
63. GODIN, Gaston [et al]. Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories, *Implementation Science*, July 2008, vol. 3, no 36, 12p.
64. HARSTALL, Christina. How prevalent is chronic pain? *Pain Clinical Updates, IASP*, June 2003, vol. 6, no 2, 4 p.

65. HERNANDEZ, Angélique. *La prise en charge de la douleur sous l'influence des représentations sociales*. Travail de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier. Le Vare. 2006. 20p.
66. MANWORREN, Renee C.B. Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatric Nursing*, November 2000, vol. 26, no 6, p.607-677.
67. MATHEY-DORET – BERTHOUD, Hélène, Adhésion du corps infirmier à la prescription des médicaments antalgiques postopératoires. *Thèse de doctorat en Médecine*. Genève. 2004, 43 p.
68. MATTHEWS, Elizabeth, MALCOLM, Colette. Nurses's knowledge and attitudes in pain management practice. *The British Journal of nursing*, 2007, vol.13, no 3, p.174-179.
69. MAXWELL, CJ [et al]. The prevalence and management of current daily pain among older home care clients, *Pain*. August 2008, p.208-216.
70. McCAFFERY, Margo [et al]. PAIN CONTROL: Nurses' decisions about opioid dose, *American Journal of Nursing*, December 2007, vol. 107, no 12, p.35-39.
71. McCAFFERY, Margo [et al]. Nurses' personal opinions about patients' pain and their affect on recorded assessment and titration of opioid doses, *Pain management nursing*, September 2000, vol. 1, no 3, p.79-87.
72. McCAFFERY, Margo, FERRELL, Betty Rolling. Opioids and pain management, What do nurses know?, *Nursing*, March 1999, vol. 29, no 3, p.48-52.
73. MUSI, Marco, BIONAZ, Annarita. Les mythes de la morphine. Une étude auprès de la population générale, des infirmières, des infirmiers et des médecins en Vallée d'Aoste. *INFOKara, Revue internationale de soins palliatifs*, 2005, vol. 20, no 4, p.107-115.
74. MUSI, Marco. Douleur n'est pas souffrance. Le refus de traitement de la douleur cancéreuse. *Mémoire. Master Européen Soins Palliatifs et Thanatologie*. Institut Universitaire K Bösch, Sion, 1999.
75. PORTER, J., JICK, J. Addiction is rare in patients treated with narcotics. *The New England Journal of Medicine*, 1980, p. 353-357.
76. RICARD-HIBON, Agnes [et al]. Compliance with a morphine protocol and effect on pain relief in out-of-hospital patients. *The Journal of Emergency Medicine*, 2008, vol. 34, no 3, p. 305-310.

77. SAINSAULIEU, Ivan. Les appartenances collectives à l'hôpital. *Sociologie du travail*, 2006, vol. 48, p. 72-87.
78. SALOMON, Laurence [et al]. Pain Prevalence in a French Teaching Hospital. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002, vol. 24, no 6, p. 586-592.
79. TURK, Dennis C. [et al]. Physicians' attitudes and practices regarding the long-term prescribing of opioids for non-cancer pain. *Pain*, 1994, vol. 59, no 2, p.201-208.
80. VERLOO, Henk [et al]. Morphinofobia: the situation among the general population and health care professionals in North-Eastern Portugal. *BMC Palliative Care*, 2010, 9 p.
81. VERLOO, Henk [et al]. Opiophobie : état des lieux auprès des soignants à Beira Interior au Portugal. *Douleur et Antalgie*, septembre 2009, vol. 22, no 3, p. 186-195.
82. WILSON, M. Compton, NORA, D. Volkow. Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006, p. S4-S7.

13. Références cyberographiques

83. Bénévoles d'entraide, QLDNP1J, *Quand la drogue n'est plus un jeu* [en ligne]. 1999-2010.
Adresse URL : <http://www.quandladroque.com> (consultée le 9 avril 2010)
84. BROCHEE, Jean Paul. *Assuétudes et pharmacie* [en ligne]. 24.10.08.
Adresse URL : <http://users.skynet.be/toxicomanie/index.htm> (consultée le 21 août 2010)
85. Cégep du Vieux Montréal, *Cégep du Vieux Montréal* [en ligne]. 2008.
Adresse URL : <http://www.cvm.qc.ca> (consultée le 10 novembre 2010)
86. Confédération Suisse, *Statistiques Suisses* [en ligne]. 2011.
Adresse URL : <http://www.bfs.admin.ch> (consultée le 19 avril 2011)
87. Confédération Suisse. *Les autorités fédérales de la Confédération suisse* [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.admin.ch> (consultée le 15 avril 2010)
88. Documed SA. *Compendium Suisse des Médicaments* [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.compendium.ch> (consultée le 29 avril 2010)
89. Elèves de 1^{ère} S2, *TPE 2009 : la morphine* [en ligne]. 2009.
Adresse URL : <http://tpestemarie.e-monsite.com> (consultée le 10 février 2010)

90. FNSNF, *Fond National Suisse de la recherche scientifique* [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.snf.ch> (consultée le 23 avril 2010)
91. Genève, *Ville de Genève* [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.ville-ge.ch> (consultée le 04 avril 2010)
92. Infirmiers.com. *La communauté Infirmière* [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.infirmiers.com> (consultée le 08 mars 2010)
93. Institut UPSA. *Institut UPSA de la douleur* [en ligne]. 2010
Adresse URL : <http://www.institut-uspa-douleur.org> (consultée le 24 août 2010)
94. Organisation Mondiale de la Santé, *World Health Organization* [en ligne]. 2011.
Adresse URL : <http://www.who.int> (consultée le 3 mai 2011)
95. Palliative ch. *Les soins palliatifs-Vivre sa vie malgré tout* [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.palliative.ch/> (consulté le 20 octobre 2010)
96. Palliative vs. *Bienvenue sur le site des soins palliatifs du Valais* [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.palliative-vs.ch/> (consulté le 21 octobre 2010)
97. Parlement Canadien. *Bienvenue au Parlement du Canada* [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.parl.gc.ca> (consultée le 24 avril 2010)
98. Pharmaetudes. *Pharmaetudes* [en ligne]. 2007-2010.
Adresse URL : <http://www.pharmaetudes.fr> (consultée le 19 août 2010)
99. Pubmed.gov. *US National Library of Medicine, National Institutes of Health* [en ligne]. 2011.
Adresse URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (consultée le 12 juin 2011)
100. R. *Programmation sous le logiciel R* [en ligne]. 2011.
Adresse URL : <http://www.duclert.org/> (consultée le 1 juillet 2011)
101. ScienceDirect. *ScienceDirect SciVerse* [en ligne]. 2011.
Adresse URL : <http://www.sciencedirect.com/> (consultée le 21 juin 2011)

102. The Florida State University. *The Florida State University* [en ligne]. 2011.
Adresse URL : <http://www.fsu.edu/> (consultée le 18 février 2011)
103. Université de Montréal. *Les Bibliothèques/UdeM* [en ligne]. 2010.
Adresse URL : <http://www.bib.umontreal.ca> (consultée le 14 avril 2010)

Brochure, Powerpoint :

104. ANSCHISI, Sandro, KRUMMENACHER, Gaëlle. *Gestion de la douleur à domicile : jusqu'où faut-il aller ?*
Adresse URL : <http://www.palliative-vs.ch/ACTIVITES/Fr/formcourtes.html> (consultée le 12 février 2011)
105. BEYELER, S., MUNNIER, M., SCHARER, G. Brochure destinée aux patients: *Morphine, parlons-en!*, HUG. 2006
106. BINHAS, Michèle. *Morphine et opioïdes* [en ligne]. Novembre 2006,
Adresse URL : <http://www.carabin.fr/~telech//cours/Ens%20Comp/douleur/morphine.pdf> (consultée le 16 avril 2010)
107. GILLES, Carole, DEMONTOUX, Vanessa. *Evaluation de la prise en charge de la douleur en pédiatrie : enquête auprès du groupe pédiatrique de la société française de pharmacie clinique*. 2003.
Adresse URL : adiph.org/sfpc/EnqueteSFPCpediatriedouleur2003.ppt (consultée le 20 mars 2010)
108. SCHERPEREEL, Philippe. *La Douleur. Définitions. Nociception. Douleur. Souffrances. Douleurs aiguës. Douleurs chroniques. Mécanisme de la douleur*.
Adresse URL : <http://medecine.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/module06/item65/la%20douleur.pdf> (consultée le 20 août 2010)
109. VACANTI-ROBERT, Anne. *Les opiacés en revue : de l'évidence à la pratique*.
Adresse URL : <http://www.palliative-vs.ch/ACTIVITES/Fr/formcourtes.html> (consultée le 12 février 2011)
110. VERLOO, Henk. *Les douleurs chroniques dans les EMS en Valais : prévalence et prise en charge (2007)*.
Adresse URL : http://www.palliative-vs.ch/ACTIVITES/Fr/docs_ACTIVITES_FR/nonclasses/HVerlooSPaIEMS.pdf (consultée le 12 avril 2011)

Annexes :

Annexe A : Questionnaire de recherche	I
Annexe B : Lettre demande d'étude établissements médico-sociaux.....	IV
Annexe C : Lettre demande d'étude centres médico-sociaux	VI
Annexe D : Tableaux croisés intragroupes	VIII
Pédiatrie	VIII
Médecine-chirurgie	IX
Soins aigus.....	X
Centres médico-sociaux.....	XI
Etablissements médico-sociaux	XII
Annexe E : Carte conceptuelle avec ajout selon questionnaire de recherche	XIII

Annexe A

Clinique Genevoise de Montana

Dr Olivier Berclaz

Médecin-Chef

Impasse Clairmont 2

3963 CH-CRANS-MONTANA

Téléphone : 027/485.61.26

email : henk.verloo@hcuge.ch

Crans-Montana, le 17 mai 2010

Concerne : enquête sur les perceptions de l'utilisation de la morphine dans la prise en charge de la douleur

Madame, Monsieur,

La présente étude fait partie d'un projet d'investigation organisée par l'équipe de recherche médico-infirmier mentionnée en dessous. L'objectif de cette enquête est de recueillir des informations sur l'opinion des professionnels de santé et de la population générale au sujet de la perception de la prescription, de l'utilisation de la morphine dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques. Cette étude consiste à remplir un questionnaire. Nous garantissons la confidentialité absolue à tous les participants de cette étude. La participation à cette étude ne donne aucun droit à une rémunération quelconque. Cette étude a été approuvée par le Comité d'Éthique du Réseau Santé Valais.

Nous avons besoin de votre accord officiel et nous vous demandons de bien vouloir remplir et signer la déclaration en dessous.

Je consens à participer à cette étude et donne autorisation à l'équipe de recherche médico-infirmier d'utiliser mes réponses dans une base de données anonyme, strictement limitée à cette étude. J'accepte pleinement les conditions mentionnées au préalable.

Date et lieu : Signature : (Facultatif)

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration

Dr Olivier Berclaz

Henk Verloo

Christine Maupetit

Maria Ferreira

P.S. : Pour toute information complémentaire, veuillez vous adresser au numéro de téléphone 027/485.61.26 ou adresse e-mail henk.verloo@hcuge.ch

1^{er} Partie

Mettez une ☒ dans le carré correspondant à la situation.

1. Sexe :

Masculin ☐ Féminin ☐

2. Âge :

3. Quelle est votre profession?

Médecin ☐ Infirmier (ère) ☐ Infirmière assistante ☐ ASSC ☐ Aide-soignante ☐

Spécialisation : Autre:

4. Dans quel service travaillez-vous ?

☐ Service hospitalier : précisez svp ☐ Médecine interne ☐ Chirurgie ☐ Orthopédie
☐ Réadaptation ☐ Psychiatrie ☐ pédiatrie
☐ Autre:

☐ Cabinet médical privé
☐ EMS
☐ Service de soins-à-domicile

5. Expérience professionnelle:années

6. Lieu d'habitation :

A la campagne ☐ Village suburbain ☐ Ville ☐

7. Nationalité(s) :

☐ Suisse ☐ Etranger :

8. Religion:

Catholique ☐ Juif ☐
Musulman ☐ Protestant ☐
Autres :

2^{ème} Partie

9. Qu'évoque pour vous le mot "Morphine"? (une seule réponse svp !)

.....

10. Quelle est votre opinion au sujet de l'utilisation de la morphine comme analgésique et ses effets probables sur les personnes malades ?

	Totalement en désaccord	Partiellement en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Partiellement d'accord	Totalement d'accord
A. LES EXPRESSIONS					
10.1 Cela signifie que c'est grave					
10.2 Diminue le temps de vie					
10.3 Peut s'habituer rapidement et prend le risque d'augmenter la dose					
10.4 Une fois le traitement entrepris, il existe le risque de ne plus pouvoir l'arrêter					

10.5 Toutes les personnes peuvent prendre de la morphine indépendamment du type de douleur					
10.6 L'utilisation précoce de la morphine rend difficile le recours à tout autre traitement en cas de douleur intense					
10.7 La voie veineuse est plus efficace que la voie orale					
10.8 Les malades sont contre la prescription de la morphine					
10.9 La prescription de la morphine signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie					
10.10 Il existe d'autres médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas son utilisation					
10.11 Il est difficile d'utiliser et de doser la morphine					
10.12 Pour certains types de douleurs il est nécessaire d'utiliser la morphine					
10.13 La morphine est un médicament de dernier recours					
10.14 On peut arrêter la prise de la morphine lorsqu'on en a envie					
10.15 L'utilisation d'une échelle de la douleur est nécessaire					
10.16 Le médecin doit informer le malade dans l'acte de prescription d'un médicament contenant de la morphine					
10.17 La prescription de morphine doit être évitée pour les malades en phase terminale					
10.18 Pour les personnes âgées, la sensation de douleur diminue avec l'âge, ce qui ne justifie pas son utilisation					
B. LES RISQUES					
10.19 Risque de toxicodépendance					
10.20 Risque de délire ou d'euphorie					
10.21 Risque de somnolence et sédation					
10.22 Risque de dépression respiratoire					
10.23 Risque sur le plan légal par rapport aux autres médicaments					
10.24 Risque de dépendance physique / psychologique					
10.25 Risque de discrimination					
10.26 Risque de rétention urinaire					

11. Avez-vous utilisé et/ou prescrit de la morphine au cours de la dernière année ?

Oui ☐ Non ☐

12. Quelle est la voie d'administration la plus fréquente ?

Orale ☐ Veineuse ☐ Sous-cutanée ☐ Intramusculaire ☐ Autres :

13. Pour quelle pathologie y a-t-il eu le plus de prescription ou administration de morphine ?

Douleur cancéreuse ☐ Douleur aiguë ☐ Douleur chronique non cancéreuse ☐ Autres :

14. Selon votre opinion, la morphine est utilisée dans le traitement de la douleur ?

Rarement (max 1x mois) ☐ Régulièrement (environ 1 x sem.) ☐ Fréquemment (min. 2 à 7 x sem.) ☐

15. En plus de ce qui a été demandé, trouvez-vous nécessaire de rajouter une opinion/suggestion ?

.....
.....
.....

Merci de votre collaboration

Annexe B

Samuel Zryd
Av. de l'Europe 76
1870 Monthey
s.zryd@hotmail.com
Tél. :076/499.87.00

Monthey, le 04 octobre 2010

XXXXXX

XXXXXX

A l'att. de Monsieur le Directeur

XXXXXX

XXXXXX

XXXXXX

Autorisation d'étude auprès du personnel infirmier de votre établissement

Monsieur le Directeur,

Actuellement en formation à la HES-SO Valais, j'effectue dans le cadre de l'obtention de mon Bachelor en soins infirmiers un travail de prospection sur les représentations de la morphine auprès du personnel infirmier.

En effet, conjointement avec le Docteur Olivier Berclaz, Médecin-Chef de la Clinique Genevoise de Montana ; Monsieur Henk Verloo, chercheur indépendant et ancien infirmier chef de la Clinique Genevoise de Montana ; Madame Christine Maupetit, Vice présidente Suisse de l'association Francophone Européenne des Diagnostics Interventions Résultats Infirmiers et enseignante à la Haute Ecole de Santé de Genève ; Madame Maria Ferreira, infirmière responsable à l'hôpital de Sierre, ainsi que deux de mes collègues de formation, nous effectuons une étude sur le territoire valaisan, vaudois et genevois.

Nous avons pour thème commun les représentations de la morphine auprès de la population générale et des professionnels de la santé. Pour ma part, étant sous la direction du Docteur Thomas Doucet, j'effectue une étude comparative des croyances infirmières entre différents secteurs de soins : soins aigus, chirurgie, médecine, soins palliatifs, soins à domicile, établissement médicaux sociaux,...

Pour mener à bien mon étude, il est indispensable que je puisse questionner des infirmiers/ères de chaque groupe cible.

Par le présent courrier, je souhaiterais savoir si vous m'autorisez à distribuer un questionnaire au personnel infirmier de votre établissement. Si vous acceptez ma requête, un questionnaire sera remis aux personnes concernées, selon nos arrangements, et une quinzaine de minutes suffiront à remplir le document. Les réponses seront analysées de manière strictement confidentielles.

En restant à votre entière disposition pour d'éventuelles informations supplémentaires, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.

Samuel Zryd

Annexes : - Questionnaire de recherche

CC à : - Monsieur Henk Verloo, coordonnant de l'étude avec la HES-SO
- Monsieur Thomas Doucet, directeur du mémoire

Annexe C

Samuel Zryd
Av. de l'Europe 76
1870 Monthey
s.zryd@hotmail.com
Tél. :076/499.87.00

Monthey, le 04 octobre 2010

XXXXXX
A l'att. de Monsieur le Directeur
XXXXXX
XXXXXX
XXXXXX

Autorisation d'étude auprès du personnel infirmier des CMS de votre district

Monsieur le Directeur,

Actuellement en formation à la HES-SO Valais, j'effectue dans le cadre de l'obtention de mon Bachelor en soins infirmiers un travail de prospection sur les représentations de la morphine auprès du personnel infirmier.

En effet, conjointement avec le Docteur Olivier Berclaz, Médecin-Chef de la Clinique Genevoise de Montana ; Monsieur Henk Verloo, chercheur indépendant et ancien infirmier chef de la Clinique Genevoise de Montana ; Madame Christine Maupetit, Vice présidente Suisse de l'association Francophone Européenne des Diagnostics Interventions Résultats Infirmiers et enseignante à la Haute Ecole de Santé de Genève ; Madame Maria Ferreira, infirmière responsable à l'hôpital de Sierre, ainsi que deux de mes collègues de formation, nous effectuons une étude sur le territoire valaisan, vaudois et genevois.

Nous avons pour thème commun les représentations de la morphine auprès de la population générale et des professionnels de la santé. Pour ma part, étant sous la direction du Docteur Thomas Doucet, j'effectue une étude comparative des croyances infirmières entre différents secteurs de soins : soins aigus, chirurgie, médecine, soins palliatifs, soins à domicile, établissement médicaux sociaux,...

Pour mener à bien mon étude, il est indispensable que je puisse questionner des infirmiers/ères de chaque groupe cible.

Par le présent courrier, je souhaiterais savoir si vous m'autorisez à distribuer un questionnaire au personnel infirmier des centres médico-sociaux de votre district. Si vous acceptez ma requête, un questionnaire sera remis aux personnes concernées, selon nos arrangements, et une quinzaine de minutes suffiront à remplir le document. Les réponses seront analysées de manière strictement confidentielles.

En restant à votre entière disposition pour d'éventuelles informations supplémentaires, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.

Samuel Zryd

Annexes : - Questionnaire de recherche

CC à : - Monsieur Henk Verloo, coordonnant de l'étude avec la HES-SO
- Monsieur Thomas Doucet, directeur du mémoire

	Pédiatrie En accord														
Variables	Age (en années)					Expérience			Nationalité			Religion			
	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Signifie que c'est grave.</i>	0 (0.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.412	1 (7.7)	1 (7.1)	*1.000	2 (9.5)	0 (0.0)	*1.000	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.745
<i>Prise de morphine indépendamment du type de douleur.</i>	0 (0.0)	2 (16.7)	3 (37.5)	0 (0.0)	0.278	2 (15.4)	3 (21.4)	*1.000	5 (23.8)	0 (0.0)	*0.290	5 (22.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.436
<i>Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.</i>	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.710	0 (0.0)	1 (7.1)	*1.000	1 (4.8)	0 (0.0)	*1.000	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.868
<i>Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.</i>	4 (100.0)	11 (91.7)	7 (87.5)	4 (100.0)	0.804	13 (100.0)	12 (85.7)	*0.481	19 (90.5)	7 (100.0)	*1.000	21 (95.5)	1 (50.0)	4 (100.0)	0.048
<i>Médicament de dernier recours.</i>	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.101	1 (7.7)	0 (0.0)	*0.481	1 (4.8)	0 (0.0)	*1.000	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.868
<i>Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.</i>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--
<i>Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées.</i>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--
<i>Voie veineuse plus efficace que la voie orale.</i>	3 (75.0)	9 (75.0)	1 (12.5)	1 (25.0)	0.023	10 (76.9)	4 (28.6)	0.012	11 (52.4)	3 (42.9)	*1.000	10 (45.5)	1 (50.0)	3 (75.0)	0.554
<i>Les malades sont contre la prescription de la morphine.</i>	0 (0.0)	3 (25.0)	5 (71.4)	1 (25.0)	0.070	2 (15.4)	7 (53.8)	*0.097	9 (42.9)	0 (0.0)	*0.071	8 (36.4)	0 (0.0)	1 (33.3)	0.580
<i>Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.</i>	0 (0.0)	2 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.370	1 (8.3)	1 (7.1)	*1.000	2 (10.0)	0 (0.0)	*1.000	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.782
<i>Dosage et utilisation difficile.</i>	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.101	1 (7.7)	0 (0.0)	*0.481	1 (4.8)	0 (0.0)	*1.000	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.868
<i>Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.</i>	4 (100.0)	10 (83.3)	8 (100.0)	4 (100.0)	0.412	13 (100.0)	13 (92.9)	*1.000	20 (95.2)	6 (85.7)	*0.444	21 (95.5)	1 (50.0)	4 (100.0)	0.048
<i>Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.</i>	4 (100.0)	10 (83.3)	7 (87.5)	4 (100.0)	0.698	12 (92.3)	13 (92.9)	*1.000	20 (95.2)	5 (71.4)	*0.145	19 (86.4)	2 (100.0)	4 (100.0)	0.632
<i>Diminue le temps de vie.</i>	1 (25.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (25.0)	0.434	2 (15.4)	1 (7.1)	*0.596	3 (14.3)	0 (0.0)	*0.551	2 (9.1)	0 (0.0)	1 (25.0)	0.562
<i>Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.</i>	1 (25.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.434	2 (15.4)	1 (7.1)	*0.596	3 (14.3)	0 (0.0)	*0.551	3 (13.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.632
<i>Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.</i>	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--
<i>Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.</i>	1 (25.0)	3 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.321	3 (23.1)	1 (7.1)	*0.326	2 (9.5)	2 (28.6)	*0.253	4 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.529
<i>Risque de toxicodépendance.</i>	1 (25.0)	1 (8.3)	5 (62.5)	0 (0.0)	0.028	2 (15.4)	5 (35.7)	*0.385	6 (28.6)	1 (14.3)	*0.639	6 (27.3)	0 (0.0)	1 (25.0)	0.695
<i>Risque de délire ou d'euphorie.</i>	3 (75.0)	7 (58.3)	4 (50.0)	1 (25.0)	0.532	9 (69.2)	6 (42.9)	0.168	13 (61.9)	2 (28.6)	*0.198	12 (54.5)	1 (50.0)	2 (50.0)	0.981
<i>Risque de somnolence et sédation.</i>	4 (100.0)	10 (83.3)	8 (100.0)	2 (50.0)	0.101	12 (92.3)	12 (85.7)	*1.000	19 (90.5)	5 (71.4)	*0.253	18 (81.8)	2 (100.0)	4 (100.0)	0.529
<i>Risque de dépendance physique / psychologique.</i>	1 (25.0)	3 (27.3)	6 (75.0)	0 (0.0)	0.046	4 (33.3)	6 (42.9)	*0.701	9 (42.9)	1 (16.7)	*0.363	8 (36.4)	0 (0.0)	2 (66.7)	0.315
<i>Risque de dépression respiratoire.</i>	4 (100.0)	9 (75.0)	7 (87.5)	2 (50.0)	0.321	11 (84.6)	11 (78.6)	*1.000	17 (81.0)	5 (71.4)	*0.622	16 (72.7)	2 (100.0)	4 (100.0)	0.353
<i>Risque de rétention urinaire.</i>	4 (100.0)	8 (66.7)	5 (71.4)	1 (25.0)	0.158	11 (84.6)	7 (53.8)	*1.000	14 (66.7)	4 (66.7)	*1.000	13 (59.1)	2 (100.0)	3 (100.0)	0.216

	Médecine-Chirurgie En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Signifie que c'est grave.</i>	27 (11.7)	6 (27.3)	*0.050	10 (14.4)	9 (11.7)	9 (15.8)	4 (14.8)	1 (33.3)	0.838	20 (13.0)	13 (13.5)	0.900	19 (13.6)	14 (13.6)	0.996	25 (13.5)	2 (22.2)	3 (13.6)	0.761
<i>Prise de morphine indépendamment du type de douleur.</i>	106 (46.3)	16 (72.7)	0.018	28 (40.6)	41 (53.2)	31 (54.4)	12 (44.4)	2 (66.7)	0.438	73 (47.7)	47 (49.0)	0.848	67 (47.5)	50 (48.5)	0.874	87 (46.8)	5 (55.6)	8 (38.1)	0.639
<i>Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.</i>	12 (5.3)	2 (9.1)	*0.354	1 (1.4)	5 (6.5)	6 (10.7)	1 (3.6)	0 (0.0)	0.229	6 (3.9)	8 (8.4)	0.136	5 (3.6)	7 (6.9)	0.237	10 (5.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.413
<i>Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.</i>	158 (69.3)	14 (63.6)	0.584	50 (71.4)	52 (69.3)	42 (73.7)	16 (57.1)	3 (100.0)	0.414	107 (70.4)	64 (66.7)	0.537	101 (72.7)	67 (65.0)	0.204	136 (73.9)	5 (55.6)	15 (68.2)	0.430
<i>Médicament de dernier recours.</i>	23 (10.1)	2 (9.1)	*1.000	10 (14.3)	9 (11.8)	4 (7.1)	2 (7.1)	0 (0.0)	0.643	18 (11.2)	7 (7.4)	0.257	13 (9.4)	12 (11.8)	0.544	19 (10.4)	3 (33.3)	2 (9.1)	0.100
<i>Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.</i>	7 (3.1)	0 (0.0)	*1.000	1 (1.4)	1 (1.3)	2 (3.6)	3 (10.7)	0 (0.0)	0.125	2 (1.3)	5 (5.2)	*0.113	4 (2.8)	3 (2.9)	*1.000	6 (3.2)	0 (0.0)	1 (4.5)	0.825
<i>Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées.</i>	26 (11.5)	3 (13.6)	*0.729	5 (7.1)	9 (12.0)	8 (14.3)	2 (7.4)	1 (33.3)	0.450	16 (10.6)	13 (13.5)	0.483	14 (9.9)	14 (14.0)	0.331	16 (8.7)	2 (25.0)	2 (9.1)	0.304
<i>Voie veineuse plus efficace que la voie orale.</i>	137 (59.3)	12 (54.5)	0.664	46 (65.7)	40 (51.9)	31 (54.4)	17 (60.7)	3 (100.0)	0.246	89 (57.8)	58 (59.8)	0.754	78 (55.3)	65 (63.1)	0.223	107 (57.5)	7 (77.8)	12 (54.5)	0.456
<i>Les malades sont contre la prescription de la morphine.</i>	57 (24.7)	4 (18.2)	0.496	16 (22.9)	19 (24.7)	12 (21.9)	6 (21.4)	2 (66.7)	0.486	35 (22.7)	25 (25.8)	0.582	37 (26.2)	21 (20.4)	0.289	54 (29.0)	0 (0.0)	3 (13.6)	0.056
<i>Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.</i>	41 (18.2)	4 (18.2)	*1.000	7 (10.3)	16 (21.3)	12 (21.4)	4 (14.3)	2 (66.7)	0.064	25 (16.7)	19 (20.0)	0.508	24 (17.5)	19 (18.6)	0.825	33 (18.2)	2 (22.2)	4 (18.2)	0.955
<i>Dosage et utilisation difficile.</i>	25 (10.9)	2 (9.1)	*1.000	6 (8.6)	9 (11.7)	7 (12.3)	2 (7.4)	1 (33.3)	0.649	15 (9.7)	12 (12.6)	0.476	12 (8.6)	13 (12.6)	0.314	20 (10.8)	2 (22.2)	2 (9.1)	0.540
<i>Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.</i>	206 (89.6)	20 (90.9)	*1.000	68 (97.1)	69 (90.8)	49 (86.0)	22 (78.6)	3 (100.0)	0.048	141 (92.2)	83 (85.6)	0.096	122 (86.5)	96 (93.2)	0.095	166 (89.7)	7 (77.8)	21 (95.5)	0.334
<i>Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.</i>	163 (74.1)	15 (68.2)	0.549	45 (66.2)	56 (78.9)	41 (73.2)	21 (77.8)	3 (100.0)	0.369	108 (74.0)	69 (73.4)	0.922	107 (78.1)	68 (70.1)	0.165	138 (77.1)	6 (66.7)	16 (76.2)	0.771
<i>Diminue le temps de vie.</i>	23 (10.0)	0 (0.0)	*0.236	8 (11.4)	4 (5.2)	5 (8.8)	6 (21.4)	0 (0.0)	0.150	11 (7.1)	12 (12.4)	0.162	14 (9.9)	8 (7.8)	0.560	18 (9.7)	0 (0.0)	4 (18.2)	0.270
<i>Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.</i>	49 (21.4)	1 (4.8)	*0.086	17 (24.6)	12 (15.6)	11 (19.6)	4 (14.8)	3 (100.0)	0.007	31 (20.3)	18 (18.9)	0.801	24 (17.1)	25 (24.3)	0.171	32 (17.3)	4 (44.4)	5 (22.7)	0.114
<i>Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.</i>	16 (6.9)	0 (0.0)	*0.374	6 (8.6)	1 (1.3)	4 (7.0)	2 (7.4)	1 (33.3)	0.090	9 (5.8)	7 (7.2)	0.665	10 (7.1)	6 (5.8)	0.693	12 (6.5)	2 (22.2)	1 (4.5)	0.171
<i>Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.</i>	63 (27.5)	7 (31.8)	0.667	24 (34.8)	18 (27.7)	15 (26.3)	8 (28.4)	2 (66.7)	0.349	47 (30.9)	22 (22.7)	0.157	37 (26.4)	28 (27.2)	0.895	46 (24.9)	3 (33.3)	13 (59.1)	*0.003
<i>Risque de toxicodépendance.</i>	83 (36.2)	0 (0.0)	0.001	27 (38.6)	26 (34.2)	19 (33.9)	5 (17.9)	3 (100.0)	0.046	53 (34.6)	30 (31.3)	0.581	41 (29.3)	40 (38.8)	0.119	63 (34.2)	4 (44.4)	8 (36.4)	0.812
<i>Risque de délire ou d'euphorie.</i>	114 (50.2)	6 (27.3)	0.040	32 (47.1)	37 (48.7)	26 (46.4)	15 (53.6)	3 (100.0)	0.461	71 (47.3)	48 (49.5)	0.741	69 (49.3)	49 (48.5)	0.906	93 (50.3)	4 (50.0)	11 (50.0)	1.000
<i>Risque de somnolence et sédation.</i>	172 (75.4)	14 (63.6)	0.226	51 (73.9)	62 (81.6)	38 (67.9)	19 (67.9)	3 (100.0)	0.287	118 (77.6)	67 (69.8)	0.167	104 (74.3)	79 (77.5)	0.571	145 (79.2)	7 (77.8)	14 (63.6)	0.253
<i>Risque de dépendance physique / psychologique.</i>	103 (46.4)	4 (19.0)	0.016	31 (44.9)	34 (45.9)	22 (40.7)	12 (42.9)	3 (100.0)	0.387	67 (45.0)	39 (42.4)	0.696	65 (47.1)	41 (41.8)	0.423	85 (47.2)	5 (55.6)	9 (40.9)	0.743
<i>Risque de dépression respiratoire.</i>	166 (72.2)	12 (54.5)	0.083	51 (72.9)	56 (73.7)	37 (64.9)	20 (71.4)	3 (100.0)	0.619	114 (74.5)	63 (64.9)	0.105	99 (70.2)	74 (71.8)	0.782	138 (74.6)	7 (77.8)	13 (59.1)	0.285
<i>Risque de rétention urinaire.</i>	112 (49.6)	11 (52.4)	0.804	37 (52.9)	36 (47.4)	29 (53.7)	13 (48.1)	1 (33.3)	0.896	77 (51.0)	46 (48.9)	0.754	55 (39.9)	65 (65.0)	0.000	91 (50.3)	5 (62.5)	6 (27.3)	0.090

* Test de Fisher

	Soins aigus En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Signifie que c'est grave.</i>	1 (2.2)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.780	0 (0.0)	1 (2.9)	*1.000	1 (2.6)	0 (0.0)	*1.000	1 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.979
<i>Prise de morphine indépendamment du type de douleur.</i>	12 (26.7)	5 (33.3)	*0.743	2 (66.7)	8 (28.6)	6 (27.3)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.606	7 (26.9)	10 (29.4)	0.832	12 (31.6)	5 (23.8)	0.528	11 (23.4)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.179
<i>Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.</i>	2 (4.4)	0 (0.0)	*1.000	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.007	1 (3.8)	1 (2.9)	*1.000	2 (5.3)	0 (0.0)	*0.534	2 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.957
<i>Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.</i>	41 (91.1)	13 (86.7)	*0.634	2 (66.7)	26 (92.9)	20 (90.9)	5 (100.0)	0 (0.0)	0.022	23 (88.5)	31 (91.2)	*1.000	34 (89.5)	19 (90.5)	*1.000	42 (89.4)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.888
<i>Médicament de dernier recours.</i>	6 (13.3)	1 (6.7)	*0.668	0 (0.0)	2 (7.1)	2 (9.1)	1 (20.0)	1 (100.0)	0.040	3 (11.5)	4 (11.8)	*1.000	4 (10.5)	3 (14.3)	*0.691	6 (12.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.865
<i>Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.</i>	1 (2.2)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.840	1 (3.8)	0 (0.0)	*0.433	1 (2.6)	0 (0.0)	*1.000	1 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.979
<i>Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées.</i>	3 (6.7)	0 (0.0)	*0.566	0 (0.0)	1 (3.6)	1 (4.5)	0 (0.0)	1 (100.0)	0.001	1 (3.8)	2 (5.9)	*1.000	2 (5.3)	1 (4.8)	*1.000	2 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.957
<i>Voie veineuse plus efficace que la voie orale.</i>	29 (64.4)	6 (46.2)	0.2355	1 (33.3)	18 (66.7)	11 (52.4)	4 (80.0)	0 (0.0)	0.378	15 (60.0)	20 (60.6)	0.963	20 (54.1)	14 (70.0)	0.242	27 (58.7)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.505
<i>Les malades sont contre la prescription de la morphine.</i>	12 (27.3)	2 (13.3)	*0.483	0 (0.0)	5 (17.9)	7 (31.8)	2 (40.0)	0 (0.0)	0.508	4 (16.0)	10 (29.4)	0.231	11 (29.7)	2 (9.5)	*0.106	12 (26.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.706
<i>Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.</i>	6 (14.0)	4 (26.7)	*0.265	1 (33.3)	5 (17.9)	3 (14.3)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.922	4 (16.0)	6 (18.2)	*1.000	3 (8.3)	6 (28.6)	*0.063	6 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.858
<i>Dosage et utilisation difficile.</i>	6 (13.3)	2 (13.3)	*1.000	0 (0.0)	3 (10.7)	2 (9.1)	1 (20.0)	1 (100.0)	0.080	4 (15.4)	4 (11.8)	*0.717	5 (13.2)	3 (14.3)	*1.000	7 (14.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.840
<i>Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.</i>	38 (86.4)	13 (86.7)	*1.000	2 (66.7)	24 (88.9)	19 (86.4)	5 (100.0)	0 (0.0)	0.085	22 (84.6)	29 (87.9)	*0.722	33 (89.2)	17 (81.0)	*0.443	41 (89.1)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.886
<i>Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.</i>	37 (84.1)	13 (86.7)	*1.000	0 (0.0)	24 (85.7)	20 (90.9)	5 (100.0)	0 (0.0)	0.001	21 (84.0)	29 (85.3)	*1.000	33 (86.8)	16 (80.0)	*0.704	41 (89.1)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.886
<i>Diminue le temps de vie.</i>	4 (8.7)	0 (0.0)	*0.564	1 (33.3)	1 (3.4)	1 (4.5)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.234	2 (7.4)	2 (5.9)	*1.000	3 (7.9)	1 (4.5)	*1.000	3 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.936
<i>Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.</i>	9 (20.0)	3 (20.0)	*1.000	0 (0.0)	3 (10.7)	5 (22.7)	3 (60.0)	1 (100.0)	0.024	2 (7.7)	10 (29.4)	0.037	6 (16.2)	6 (27.3)	*0.334	8 (17.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.816
<i>Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.</i>	3 (6.5)	0 (0.0)	*0.569	0 (0.0)	2 (6.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0.000	1 (3.7)	2 (5.9)	*1.000	2 (5.3)	1 (4.5)	*1.000	2 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.958
<i>Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.</i>	7 (15.6)	0 (0.0)	*0.181	1 (33.3)	3 (10.7)	1 (4.8)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.552	5 (19.2)	2 (6.1)	*0.223	7 (18.9)	0 (0.0)	*0.041	7 (14.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.840
<i>Risque de toxicodépendance.</i>	18 (40.0)	5 (35.7)	0.774	2 (66.7)	12 (44.4)	9 (40.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.274	10 (40.0)	13 (38.2)	0.891	14 (36.8)	8 (40.0)	0.814	17 (36.2)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.315
<i>Risque de délire ou d'euphorie.</i>	27 (60.0)	7 (46.7)	0.367	3 (100.0)	19 (67.9)	9 (40.9)	1 (20.0)	1 (100.0)	0.052	18 (69.2)	16 (47.1)	0.086	26 (68.4)	8 (38.1)	0.024	29 (61.7)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.330
<i>Risque de somnolence et sédation.</i>	38 (84.4)	12 (80.0)	*0.700	2 (66.7)	25 (89.3)	20 (90.9)	1 (20.0)	1 (100.0)	0.002	22 (84.6)	28 (82.4)	*1.000	32 (84.2)	17 (81.0)	*0.733	38 (80.9)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.791
<i>Risque de dépendance physique / psychologique.</i>	28 (62.2)	4 (26.7)	0.017	2(66.7)	18 (64.3)	10 (45.5)	1 (20.0)	0 (0.0)	0.243	15 (57.7)	17 (50.0)	0.609	23 (60.5)	8 (38.1)	0.099	26 (55.3)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.458
<i>Risque de dépression respiratoire.</i>	39 (86.7)	14 (93.3)	*0.668	2 (66.7)	24 (85.7)	20 (90.9)	5 (100.0)	1 (100.0)	0.654	21 (80.8)	32 (94.1)	*0.222	32 (84.2)	20 (95.2)	*0.403	40 (85.1)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.840
<i>Risque de rétention urinaire.</i>	30 (66.7)	10 (66.7)	1.000	2 (66.7)	19 (67.9)	15 (68.2)	3 (60.0)	1 (100.0)	0.961	17 (65.4)	23 (67.6)	0.854	26 (68.4)	13 (61.9)	0.613	30 (83.8)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.575

* Test de Fisher

	CMS En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Signifie que c'est grave.</i>	16 (26.7)	2 (50.0)	*0.313	1 (20.0)	3 (16.7)	4 (22.2)	7 (53.8)	1 (33.3)	0.203	5 (23.8)	12 (28.6)	0.688	14 (25.0)	4 (50.0)	*0.206	12 (24.5)	3 (37.5)	3 (60.0)	0.213
<i>Prise de morphine indépendamment du type de douleur.</i>	15 (24.6)	1 (25.0)	*1.000	0 (0.0)	7 (38.9)	4 (22.2)	3 (21.4)	0 (0.0)	0.311	4 (19.0)	11 (25.6)	*0.755	13 (23.2)	3 (33.3)	*0.678	12 (24.5)	1 (12.5)	3 (50.0)	0.267
<i>Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.</i>	5 (8.2)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	3 (16.7)	1 (5.6)	1 (7.1)	0 (0.0)	0.647	4 (19.0)	1 (2.3)	*0.036	3 (5.4)	2 (22.2)	*0.137	5 (10.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.460
<i>Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.</i>	54 (88.5)	4 (100.0)	*1.000	5 (100.0)	17 (94.4)	15 (83.3)	11 (78.6)	3 (100.0)	0.504	20 (95.2)	37 (86.0)	*0.410	50 (89.3)	8 (88.9)	*1.000	45 (91.8)	6 (75.0)	5 (83.3)	0.336
<i>Médicament de dernier recours.</i>	10 (16.4)	2 (50.0)	*0.152	0 (0.0)	5 (27.8)	3 (16.7)	2 (14.3)	0 (0.0)	0.532	5 (23.8)	7 (16.3)	*0.507	9 (16.1)	3 (33.3)	0.349	10 (20.4)	1 (12.5)	1 (16.7)	0.859
<i>Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.</i>	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--
<i>Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées.</i>	0 (0.0)	1 (25.0)	*0.062	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	1 (2.3)	*1.000	1 (1.8)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	0.030
<i>Voie veineuse plus efficace que la voie orale.</i>	26 (44.8)	2 (50.0)	*1.000	3 (60.0)	9 (50.0)	4 (23.5)	7 (53.8)	1 (33.3)	0.364	12 (60.0)	15 (36.6)	0.084	24 (45.3)	4 (44.4)	*1.000	22 (47.8)	4 (50.0)	1 (16.7)	0.337
<i>Les malades sont contre la prescription de la morphine.</i>	26 (42.6)	0 (0.0)	*0.144	4 (80.0)	5 (27.8)	9 (50.0)	3 (21.4)	2 (66.7)	0.087	9 (42.9)	17 (39.5)	0.799	25 (44.6)	1 (11.1)	*0.074	24 (49.0)	1 (12.5)	1 (16.7)	0.066
<i>Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.</i>	6 (10.0)	0 (0.0)	*1.000	1 (20.0)	0 (0.0)	4 (23.5)	1 (7.1)	0 (0.0)	0.187	3 (14.3)	3 (7.1)	*0.391	5 (9.1)	1 (11.1)	*1.000	6 (12.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.414
<i>Dosage et utilisation difficile.</i>	7 (11.5)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	2 (11.1)	3 (16.17)	1 (7.1)	1 (33.3)	0.616	2 (9.5)	4 (9.3)	*1.000	5 (8.9)	2 (22.2)	*0.247	7 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.325
<i>Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.</i>	53 (86.9)	4 (100.0)	*1.000	5 (100.0)	16 (88.9)	17 (94.4)	10 (71.4)	2 (66.7)	0.242	19 (90.5)	37 (86.0)	*1.000	51 (91.1)	6 (66.7)	*0.073	43 (87.8)	7 (87.5)	5 (83.3)	0.954
<i>Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.</i>	54 (88.5)	4 (100.0)	*1.000	4 (80.0)	17 (94.4)	17 (94.4)	12 (85.7)	3 (100.0)	0.717	19 (90.5)	38 (88.4)	*1.000	50 (89.3)	8 (88.9)	*1.000	45 (91.8)	8 (100.0)	3 (50.0)	0.005
<i>Diminue le temps de vie.</i>	7 (11.7)	0 (0.0)	*1.000	1 (20.0)	1 (5.6)	1 (5.6)	2 (15.4)	0 (0.0)	0.690	2 (9.5)	4 (9.5)	*1.000	6 (10.7)	1 (12.5)	*1.000	6 (12.2)	0 (0.0)	1 (20.0)	0.486
<i>Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.</i>	10 (16.7)	1 (25.0)	*0.539	0 (0.0)	5 (27.8)	1 (5.6)	2 (14.3)	0 (0.0)	0.284	3 (15.0)	7 (16.3)	*1.000	7 (12.7)	4 (44.4)	*0.040	10 (20.4)	0 (0.0)	1 (16.7)	0.416
<i>Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.</i>	2 (3.3)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	1 (7.1)	0 (0.0)	0.795	1 (5.0)	1 (2.3)	*0.538	1 (1.8)	1 (11.1)	*0.263	2 (4.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.760
<i>Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.</i>	17 (27.9)	2 (50.0)	*0.574	2 (40.0)	6 (33.3)	4 (22.2)	3 (21.4)	1 (33.3)	0.868	7 (33.3)	11 (25.6)	0.562	14 (25.0)	5 (55.6)	*0.108	16 (32.7)	2 (25.0)	1 (16.7)	0.682
<i>Risque de toxicodépendance.</i>	25 (41.7)	1 (25.0)	*0.640	2 (40.0)	6 (33.3)	12 (66.7)	4 (30.8)	0 (0.0)	0.095	7 (33.3)	18 (42.9)	0.466	22 (40.0)	4 (44.4)	*1.000	22 (45.8)	2 (25.0)	2 (33.3)	0.491
<i>Risque de délire ou d'euphorie.</i>	39 (65.0)	2 (66.7)	*1.000	2 (40.0)	8 (47.1)	15 (83.3)	10 (76.9)	2 (66.7)	0.119	10 (50.0)	30 (71.4)	0.099	35 (64.8)	6 (66.7)	*1.000	32 (68.1)	3 (37.5)	5 (83.3)	0.152
<i>Risque de somnolence et sédation.</i>	50 (84.7)	3 (75.0)	*0.508	3 (75.0)	15 (83.3)	16 (88.9)	11 (84.6)	2 (66.7)	0.872	17 (85.0)	35 (83.3)	*1.000	46 (85.2)	7 (77.8)	*0.626	41 (87.2)	5 (62.5)	5 (83.3)	0.217
<i>Risque de dépendance physique / psychologique.</i>	31 (51.7)	1 (25.0)	*0.613	2 (40.0)	9 (50.0)	12 (66.7)	6 (46.2)	1 (33.3)	0.652	11 (52.4)	20 (47.6)	0.722	26 (47.3)	6 (66.7)	*0.474	26 (54.2)	3 (37.5)	3 (50.0)	0.681
<i>Risque de dépression respiratoire.</i>	45 (75.0)	3 (75.0)	*1.000	4 (80.0)	12 (66.7)	15 (83.3)	8 (61.5)	3 (100.0)	0.480	14 (66.7)	33 (78.6)	0.306	40 (72.7)	8 (88.9)	*0.430	36 (75.0)	7 (87.5)	4 (66.7)	0.642
<i>Risque de rétention urinaire.</i>	23 (38.3)	1 (25.0)	*1.000	2 (40.0)	5 (27.8)	7 (38.9)	6 (46.2)	2 (66.7)	0.698	7 (33.3)	16 (38.1)	0.711	20 (36.4)	4 (44.4)	*0.718	20 (41.7)	1 (12.5)	2 (33.3)	0.281

* Test de Fisher

	EMS En accord																		
Variables	Genre			Age (en années)						Expérience			Nationalité			Religion			
	Féminin	Masculin	Valeur P	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	≥ 60	Valeur P	< 15 ans	≥ 15 ans	Valeur P	Suisse	Autre	Valeur P	Catholique	Protestant	Autre	Valeur P
<i>Signifie que c'est grave.</i>	12 (12.9)	1 (7.7)	*1.000	1 (12.5)	2 (9.1)	4 (11.8)	5 (16.1)	0 (0.0)	0.876	4 (11.4)	9 (12.7)	*1.000	5 (8.9)	7 (14.0)	0.411	11 (16.4)	0 (0.0)	1 (6.3)	0.202
<i>Prise de morphine indépendamment du type de douleur.</i>	43 (46.7)	3 (23.1)	0.107	3 (37.5)	9 (40.9)	12 (36.4)	15 (48.4)	1 (25.0)	0.834	14 (40.0)	31 (44.3)	0.676	25 (44.6)	22 (44.9)	0.979	32 (47.8)	4 (33.3)	9 (56.3)	0.482
<i>Prescription signifie qu'il n'y a plus aucune espérance de vie.</i>	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	--	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	--
<i>Pour certains types de douleur, nécessité d'utiliser la morphine.</i>	80 (87.9)	13 (100.0)	*0.351	7 (87.5)	20 (90.9)	28 (87.5)	27 (87.1)	4 (100.0)	0.945	33 (94.3)	60 (87.0)	*0.327	50 (89.3)	43 (89.6)	0.961	62 (92.5)	10 (90.9)	12 (75.0)	0.122
<i>Médicament de dernier recours.</i>	12 (12.9)	5 (38.5)	*0.034	0 (0.0)	4 (18.2)	4 (11.18)	4 (12.9)	3 (75.0)	0.011	4 (11.4)	14 (19.7)	*0.285	9 (16.1)	8 (16.0)	0.992	9 (13.4)	1 (8.3)	5 (31.3)	0.161
<i>Prescription à éviter pour les malades en phase terminale.</i>	3 (3.2)	1 (7.7)	*0.418	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	3 (9.7)	0 (0.0)	0.396	1 (2.9)	3 (4.2)	*1.000	1 (1.8)	3 (6.0)	*0.341	2 (3.0)	1 (8.3)	1 (6.3)	0.631
<i>Sensation douloureuse diminue avec l'âge, pas de justification d'utilisation chez les personnes âgées.</i>	1 (1.1)	0 (0.0)	*1.000	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.748	0 (0.0)	1 (1.4)	*1.000	0 (0.0)	1 (2.0)	*0.472	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.810
<i>Voie veineuse plus efficace que la voie orale.</i>	38 (41.3)	5 (38.5)	0.845	5 (62.5)	8 (36.4)	12 (36.4)	14 (45.2)	2 (50.0)	0.675	15 (42.9)	29 (41.4)	0.889	25 (44.6)	18 (36.7)	0.411	30 (45.5)	4 (33.3)	6 (37.5)	0.666
<i>Les malades sont contre la prescription de la morphine.</i>	28 (31.1)	2 (15.4)	*0.337	3 (37.5)	4 (18.2)	12 (35.3)	8 (26.7)	2 (50.0)	0.546	4 (12.5)	25 (35.2)	0.018	16 (29.6)	13 (26.5)	0.727	20 (30.8)	2 (16.7)	7 (43.8)	0.307
<i>Médicaments plus efficaces, ce qui ne justifie pas l'utilisation de morphine.</i>	5 (5.6)	1 (7.7)	*0.565	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (9.7)	3 (9.7)	0 (0.0)	0.476	0 (0.0)	6 (8.8)	0.093	3 (5.4)	3 (6.3)	*1.000	4 (6.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.406
<i>Dosage et utilisation difficile.</i>	13 (14.0)	1 (7.7)	*1.000	3 (37.5)	4 (18.2)	5 (14.7)	2 (6.5)	0 (0.0)	0.194	5 (14.3)	9 (12.7)	*1.000	5 (8.9)	8 (16.0)	0.268	6 (9.0)	2 (16.7)	3 (18.8)	0.459
<i>Utilisation de l'échelle de la douleur nécessaire.</i>	80 (86.7)	9 (69.2)	*0.217	8 (100.0)	20 (90.9)	29 (85.3)	24 (77.4)	2 (50.0)	0.151	31 (88.6)	58 (81.7)	0.364	46 (82.1)	44 (88.0)	0.400	57 (85.1)	8 (66.7)	15 (93.8)	0.142
<i>Information du médecin au malade lors de la prescription de morphine.</i>	88 (95.7)	12 (92.3)	*0.491	8 (100.0)	20 (90.9)	31 (93.9)	31 (100.0)	3 (75.0)	0.188	33 (94.3)	67 (95.7)	*1.000	54 (96.4)	46 (93.9)	*0.662	63 (94.0)	12 (100.0)	15 (93.8)	0.682
<i>Diminue le temps de vie.</i>	7 (7.5)	1 (7.7)	*1.000	1 (12.5)	1 (4.5)	1 (2.9)	4 (12.9)	1 (25.0)	0.367	3 (8.6)	6 (8.6)	*1.000	5 (8.9)	4 (8.2)	*1.000	6 (9.1)	1 (8.3)	0 (0.0)	0.458
<i>Peut s'habituer et prend le risque d'augmenter la dose.</i>	27 (29.0)	3 (23.1)	*0.755	3 (37.5)	4 (18.2)	11 (32.4)	10 (32.3)	2 (50.0)	0.629	7 (20.0)	23 (32.9)	0.169	13 (23.2)	16 (32.7)	0.281	19 (28.8)	2 (16.7)	6 (37.5)	0.483
<i>Traitement entrepris, risque de ne plus pouvoir l'arrêter.</i>	8 (8.6)	1 (7.7)	*1.000	1 (12.5)	1 (4.5)	4 (11.18)	2 (6.5)	0 (0.0)	0.797	3 (8.6)	6 (8.5)	*1.000	3 (5.4)	6 (12.0)	*0.301	5 (7.5)	2 (16.7)	1 (6.3)	0.539
<i>Utilisation précoce de morphine, recours difficile aux autres traitements en cas de douleur intense.</i>	31 (33.7)	5 (38.5)	*0.761	4 (57.1)	6 (27.3)	13 (38.2)	9 (29.0)	2 (50.0)	0.536	12 (35.3)	24 (33.8)	0.880	18 (32.7)	17 (34.0)	0.890	22 (33.3)	3 (25.0)	6 (37.5)	0.780
<i>Risque de toxicodépendance.</i>	43 (46.7)	7 (58.3)	0.450	4 (50.0)	12 (54.5)	17 (54.5)	13 (41.9)	2 (50.0)	0.913	18 (52.9)	33 (47.1)	0.579	21 (38.4)	29 (58.0)	0.051	34 (51.5)	2 (16.7)	8 (50.0)	0.081
<i>Risque de délire ou d'euphorie.</i>	66 (71.7)	8 (66.7)	*0.740	8 (100.0)	16 (72.7)	25 (75.8)	19 (61.3)	2 (50.0)	0.200	27 (79.4)	47 (67.1)	0.195	39 (72.2)	36 (72.0)	0.980	48 (72.7)	8 (66.7)	12 (75.0)	0.880
<i>Risque de somnolence et sédation.</i>	81 (88.0)	10 (83.3)	*0.644	8 (100.0)	20 (90.9)	29 (87.9)	26 (83.9)	3 (75.0)	0.670	32 (94.1)	59 (84.3)	*0.213	46 (85.2)	46 (92.0)	0.277	60 (90.9)	9 (75.0)	13 (81.3)	0.231
<i>Risque de dépendance physique / psychologique.</i>	46 (51.1)	6 (50.0)	0.942	5 (62.5)	11 (50.0)	18 (56.3)	13 (43.3)	2 (50.0)	0.828	19 (55.9)	33 (48.5)	0.484	23 (42.6)	28 (58.3)	0.113	32 (50.09)	5 (41.7)	8 (50.0)	0.865
<i>Risque de dépression respiratoire.</i>	66 (72.5)	7 (58.3)	*0.325	6 (75.0)	17 (77.3)	21 (65.6)	21 (67.7)	3 (75.0)	0.900	27 (79.4)	46 (66.7)	0.181	36 (66.7)	37 (75.5)	0.324	48 (73.8)	5 (41.7)	12 (75.0)	0.073
<i>Risque de rétention urinaire.</i>	39 (43.8)	4 (33.3)	0.490	4 (57.1)	9 (40.9)	17 (53.1)	8 (26.7)	2 (50.0)	0.259	17 (51.5)	25 (36.8)	0.158	20 (38.5)	23 (46.9)	0.389	25 (39.7)	4 (33.3)	7 (43.8)	0.855

* Test de Fisher

