

Université de Montréal

Représentations sociales des médicaments et du rôle infirmier par des infirmières à domicile de Genève

par
Katharina Mayenfisch Duggan

Facultés des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières

août 2003

© Katharina Mayenfisch Duggan, 2003



WY
5
U58
2004
v.003

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Représentations sociales des médicaments et du rôle infirmier par des infirmières à domicile de Genève

Présenté par :

Katharina Mayenfisch Duggan

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Michel Perreault,
président rapporteur

Hélène Lefebvre,
directrice de mémoire

Eliane Perrin,
co-directrice de mémoire

Francine Ducharme,
membre du jury

Résumé

Les soins liés aux médicaments constituent une activité importante des infirmières à domicile car leurs clients sont souvent des personnes âgées et il est reconnu que celles-ci consomment de nombreux médicaments. Dans une étude exploratoire qualitative, la chercheuse a effectué des entretiens semi-directifs auprès de dix infirmières sur leurs représentations des médicaments et du rôle infirmier en lien avec les traitements de leurs clients. Pour celles-ci, certains médicaments allopathiques sont indispensables pour lutter contre les maladies graves et les douleurs importantes, pour leurs clients ou dans le cadre de leur vie privée, et leur prescription n'est pas remise en doute. Par contre, pour les maladies peu graves, l'utilisation des médicaments allopathiques est davantage critiquée, parfois même rejetée, à cause de leurs effets secondaires et de l'incertitude quant à leurs effets et à leur efficacité. Dans ce cas, les bénéfices des médicaments ne compensent pas les risques que leur consommation comporte, ce qui marque leurs représentations. La promotion de l'observance et de la prescription suffisante des médicaments indispensables est considérée comme importante. Par contre, pour les médicaments remis en question, les représentations du rôle sont davantage marquées par un esprit critique face à leur prescription. Dans ces cas, il serait préférable de promouvoir une diminution de leur prescription ou de les remplacer par des approches autres qu'allopathiques tel les médicaments homéopathiques, à base de plantes, les vitamines, l'hygiène de vie et d'autres approches parallèles.

Mots clés en français : (a) représentations sociales, (b) rôle infirmier, (c) allopathie, (d) effets secondaires, (e) médecines alternatives, (f) personnes âgées, (g) dissonance cognitive, (h) antalgiques, (i) consommation de médicaments.

Summary

An important part of the daily activity of visiting nurses is the giving of care to clients in relation to their medication, many of whom are elderly and among the elderly drug consumption is often high. In an explorative study the researcher interviewed ten visiting nurses in a semi-directive way about their representations concerning medicines and the role of nurses in relation to their clients' medication. In their view some drugs are indispensable for treating severe diseases and pain, both for their clients and themselves in their private lives, and the prescription of these drugs is not questioned. However, in the case of mild diseases, the use of allopathic drugs is more often questioned because of their side effects and what is seen as their doubtful efficacy. The dangers linked to the consumption of such drugs are seen as outweighing the benefits they bring. These representations regarding medicines have a strong influence on how nurses perceive their professional role. Promoting compliance and ensuring that the prescription is sufficient when the medication is considered as vital and important, but when drugs are perceived as not so important, the nursing role is marked by criticism toward their prescription. Nurses then consider it preferable to promote a decrease in the prescription of such medication and the replacement of them by other methods such as homeopathy, herbal drugs, vitamins, alternative life styles, sophrology, massaging, etcetera.

Key words : (a) social representations, (b) nursing role, (c) allopathy, (d) side effects, (e) elderly people, (f) cognitive dissonance, (g) analgesics, (h) alternative medicines, (i) medicine consumption.

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	I
Summary	II
TABLE DES MATIERES	III
Liste des tableaux	VII
Liste des sigles	VIII
CHAPITRE I	1
LE PROBLEME DE RECHERCHE	1
Buts de l'étude:	6
Question de recherche	7
Pertinence pour les sciences infirmières	7
CHAPITRE II.....	10
LA RECENSION DES ECRITS ET LE CADRE THEORIQUE DE REFERENCE	10
Aspects psychosociaux et culturels des médicaments	11
Médicaments et société	11
Le médicament, symbole des soins	12
L'incorporation d'une substance.....	13
Etudes recensées sur les représentations sociales des médicaments	14
Les représentations de l'utilisation des médicaments	25
Les soins infirmiers à domicile	27
Description des activités de l'infirmière	27
Responsabilité professionnelle de l'infirmière.....	28
Ethique et exercice des soins infirmiers.....	28
Le rôle infirmier et les traitements médicamenteux des clients	29
La notion de rôle	29
Le rôle de l'infirmière à domicile	30
L'administration de médicaments	31
La perception des erreurs de médication.....	31

Avoir des connaissances adéquates.....	32
Défendre les intérêts des clients.....	33
L'évaluation des effets des médicaments.....	33
L'infirmière et l'observance thérapeutique.....	34
Impliquer le client et son entourage dans les soins afin d'augmenter l'observance ..	35
Education du patient et traitements médicamenteux.....	36
Les infirmières et les traitements anti-douleurs	37
Antalgiques et pratiques infirmières	39
Synthèse	41
LE CADRE THEORIQUE DE REFERENCE	43
La théorie des représentations sociales	43
Les fonctions des représentations sociales.....	45
 CHAPITRE III.....	48
LA METHODE DE RECHERCHE.....	48
Devis de recherche.....	49
Echantillon et recrutement	49
Données socio-démographiques des infirmières interrogées.....	50
Collecte des données	51
Instrument de collecte	51
Analyse thématique.....	52
Traitement des résultats et interprétation	53
Critères de scientificité.....	54
Considérations éthiques	54
 CHAPITRE IV	55
LES RESULTATS	55
Les représentations sociales des médicaments	56
Représentation des médicaments en général.....	57
Représentations des médicaments allopathiques en général.....	57
Représentations des médicaments homéopathiques et à base de plantes en général.	58

Représentations des vitamines et oligo-éléments en général.	60
Représentations des médicaments pour leurs clients	61
Représentations des médicaments allopathiques pour leurs clients.	61
Représentations des médicaments homéopathiques et à base de plantes pour leurs clients.	69
Représentations des vitamines et oligo-éléments pour leurs clients.	69
Représentations de l'hygiène de vie et de l'alimentation pour leurs clients.	70
Représentation des médicaments pour les infirmières et leurs proches	71
Représentations des médicaments allopathiques pour les infirmières et leurs proches.	71
Représentations des médicaments homéopathiques et à base de plantes pour les infirmières et leurs proches.	77
Représentations des vitamines et oligo-éléments pour les infirmières et leurs proches.	77
Représentations des traitements non médicamenteux pour les infirmières et leurs proches.	78
Les représentations sociales du rôle infirmier en lien avec les médicaments	79
La gestion des médicaments dans les représentations du rôle infirmier	79
L'observance thérapeutique dans les représentations du rôle infirmier	81
L'autodétermination des clients dans les représentations du rôle infirmier	83
L'enseignement aux clients dans les représentations du rôle infirmier	84
Représentations du rôle infirmier et connaissances des médicaments	85
Les représentations du rôle infirmier et la prescription des médicaments	86
Principes éthiques, valeurs et philosophie des soins dans les représentations du rôle infirmier	89
Synthèse	93
CHAPITRE V	96
LA DISCUSSION	96
Discussion des principaux résultats en fonction	97
du problème et des questions de recherche	97
Comparaison entre les résultats de la présente étude et la recension des écrits	98

Les représentations des psychotropes et de leur prescription	101
Le vaccin contre la grippe	102
Des résultats marqués par les dimensions de risque et d'incertitude.	102
Conception des soins infirmiers prévalente dans les soins à domicile.....	104
Les résultats de l'étude et le cadre de référence des représentations sociales.....	105
Hypothèse sur la genèse de certaines représentations des médicaments apparues dans l'étude.....	106
Les infirmières font-elles intervenir des représentations ordinaires des médicaments dans le cadre de leur pratique professionnelle ?.....	108
Les conséquences des interférences des représentations ordinaires des médicaments sur les soins donnés.....	109
Les infirmières font face à des phénomènes de dissonance cognitive	110
Les limites de l'étude	112
Les recommandations	114
Sur le plan de la recherche	114
Pour la formation professionnelle	115
Pour la pratique	116
REFERENCES.....	117
ANNEXES	124
Annexe 1 : formulaire de renseignement aux participantes	124
Annexe 2 : formulaire de consentement.....	126
Annexe 3 : guide d'entretien	127
Annexe 4 : grille d'analyse	128
Annexe 5 : certificat d'éthique.....	130

Liste des tableaux

Tableau 1: Données socio-démographiques des infirmières interrogées.....50

Liste des sigles

FSASD: Fondation des services d'aide et de soins à domicile. La FSASD est la plus grande organisation d'aide et de soins à domicile couvrant tout le canton de Genève. Elle est largement subventionnée par l'Etat de Genève.

CASS : Centres d'action sociale et de santé. Il s'agit des centres de quartier ou communaux d'aide sociale et d'aide et de soins à domicile au service de la population genevoise.

CHAPITRE I
LE PROBLEME DE RECHERCHE

Le problème de recherche

Les médicaments, du fait de leurs effets réels et symboliques sur la santé, occupent une place importante dans les systèmes sanitaires des pays occidentaux. Ils font partie de la vie quotidienne de leur population. Qui n'a jamais consommé de médicaments? Ils sont utilisés dans le processus de maintien de la santé, avec la promotion de la santé, la prévention et les approches utilisant des produits alternatifs provenant des médecines dites traditionnelle ou parallèles.

Les médicaments occasionnent des coûts importants dans les systèmes sanitaires. En Suisse, les médicaments remboursés par les assurances maladie représentent 35% des frais dans le domaine de la médecine ambulatoire (Domenighetti, 1998) et 10,7% des coûts totaux de la santé en 2000 (sans les médicaments administrés en milieu hospitalier) (Pharma Information, 2002). Ces chiffres ne comprennent pas les coûts indirects liés à leur prescription et administration par les professionnels de la santé ni les coûts occasionnés par les conséquences des effets négatifs qu'ils peuvent causer. Idéalement, les traitements médicamenteux devraient produire des résultats bénéfiques (Tamblyn, 1996). Mais en fait, certaines conséquences de la consommation de médicaments représentent un problème majeur de santé publique (Louis Simonet, 1998, Tamblyn, 1996). Les prescriptions inadéquates, l'inobservance thérapeutique, la consommation abusive et les effets secondaires et indésirables sont des facteurs qui compromettent les bénéfices attendus des traitements médicamenteux. Par exemple, 4% à 5% des clients hospitalisés le sont à cause de problèmes iatrogènes dans le secteur ambulatoire et environ 75% de ces cas sont dus aux médicaments (Tempelaar, 1997). Chez les personnes âgées, ce pourcentage est deux ou trois fois plus élevé. Selon Col, Fanale & Kronholm (1990), 28,2% des hospitalisations seraient dues aux médicaments dont 11,4% à l'inobservance et 16,8% aux effets secondaires. Une évaluation prudente estime à 100 000

le nombre de personnes en Suisse utilisant des médicaments de manière abusive (Weiss, 1993).

La pratique des infirmières¹ à domicile comprend très fréquemment des soins en lien avec les traitements médicamenteux de leurs clients. En 2002, 80% des clients de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD)² qui ont reçu des soins infirmiers et des soins de base avaient 60 ans et plus, dont 46,1% âgés d'au moins 80 ans. Les personnes âgées consomment souvent des quantités importantes de médicaments, avec des bénéfices pour leur santé mais aussi des risques et des effets secondaires que cela comporte. Par exemple, Monane, Monane & Semla (1997) ont trouvé que des femmes âgées prennent en même temps, en moyenne, 5,7 médicaments prescrits et 3,2 médicaments pris en automédication. En Suisse, dans le cadre du projet EIGER portant sur un échantillon représentatif de 791 personnes âgées de plus de 75 ans vivant dans la région de Berne, il a été démontré que ces personnes consomment en moyenne 3,8 médicaments par jour, dont 2,7 sur prescription et 1,1 en vente libre (Stuck, Stuckelberger, Gafner Zwahlen et Beck, 1995).

L'administration de médicaments est une activité courante et centrale des soins infirmiers, qui comprend des responsabilités importantes et qui est étroitement liée à l'identité professionnelle des infirmières (Arndt, 1994, Cheek, 1997). Pour celles-ci, administrer des médicaments peut représenter un acte concret destiné à alléger les souffrances, à restaurer ou à promouvoir la santé (Arndt, 1994).

La chercheuse a elle-même été active en tant qu'infirmière à domicile. Dans le cadre de sa pratique quotidienne, elle a pu observer que les traitements médicamenteux des clients à domicile et les soins qui leurs sont liés ne laissent pas les infirmières indifférentes. Celles-ci prennent position à ce sujet et expriment des réactions qui peuvent

¹ Le terme infirmière comprend naturellement aussi le terme infirmier. La chercheuse a choisi d'utiliser le terme féminin du fait que la majorité des professionnels sont des femmes.

² La FSASD est la plus grande organisation d'aide et de soins à domicile couvrant tout le canton de Genève. Elle est largement subventionnée par l'Etat de Genève.

être de type affectif, émotionnel, tel des sentiments d'insatisfaction, de frustration, d'impuissance, de révolte et de conflits intra-psychiques. Ces réactions concernent la nature des traitements médicamenteux de leurs clients, les effets de ceux-ci; les coûts des médicaments, le rapport coûts/bénéfices (financier, inconfort, risques liés aux effets secondaires) des traitements, la qualité des prescriptions, parfois perçues comme inadéquates, différentes des prescriptions habituelles ou des posologies figurant dans le Compendium suisse des médicaments¹, la prise en compte des plaintes et symptômes présentés par les clients dans la prescription, l'intégration des observations de l'infirmière dans la prescription, la communication concernant la prescription entre le médecin, le client, son entourage et l'infirmière. Ces observations ont conduit la chercheuse à tenter de mieux comprendre ce phénomène et à explorer les écrits scientifiques traitant des infirmières et des médicaments.

Un sujet fréquemment traité est l'administration de médicaments, en particulier de manière sûre et fiable afin d'éviter les erreurs de médication (Arndt, 1994a, Cheek, 1997, Hackel, Butt & Bannister, 1996, Harlay et Veillerobe, 1995). Les écrits scientifiques montrent aussi l'importance des représentations du rôle infirmier lié à la surveillance et l'évaluation des effets des médicaments, des effets secondaires et indésirables (Arndt, 1994a, Cheek, 1997, Jordan, Hardy & Coleman 1999, Knudsen Stromme & Bottten, 1993a-b). Le rôle de l'infirmière en lien avec les traitements médicamenteux de ses clients est aussi décrit en terme de surveillance de leur prise correcte et d'enseignement au client sur son traitement (Barbara, 1996, Jordan & al., 1999, Rycroft-Malone, Latter, Yerrel & Shaw, 2000).

Les écrits scientifiques consultés traitent essentiellement de situations se déroulant dans le contexte hospitalier. Cependant, quelques chercheurs se sont penchés sur des problématiques liés aux médicaments et au rôle infirmier auprès de clients vivant dans la

¹ Le Compendium Suisse des médicaments est l'ouvrage de référence des professionnels de la santé sur tous les médicaments homologués en Suisse.

communauté. Knudsen Stromme & al. (1993a-b) se sont adressés à des infirmières à domicile au sujet des problèmes posés par les traitements médicamenteux de leurs clients âgés. Ces chercheurs ont également obtenu des données sur leurs perceptions des effets indésirables des médicaments. Jordan & al. (1999) se sont intéressés aux infirmières en santé mentale communautaire. Ils ont exploré leurs points de vue sur les médicaments anti-psychotiques et sur le rôle infirmier en lien avec ces traitements, en particulier l'évaluation de leurs effets, la surveillance des effets secondaires et l'éducation des clients. Barbara (1996) quant à elle a investigué le sens donné par des infirmières à domicile à l'observance thérapeutique de manière générale et a exploré quelle était leur perception du rôle infirmier.

Les études sur les représentations sociales des médicaments répertoriées ont été faites auprès de patients et de personnes profanes. Ces études concernent les médicaments en général (Britten, 1994, Piguët, Cedraschi, Desmeules, Allaz, Kondo-Oestreicher et Dayer, 2000, Sachs, Sterky & Tomson, 1988, Stimson, 1974), les médicaments permettant de rester ou de redevenir rapidement performant dans la société (Vuckovic, 1999), les psychotropes (Cooperstock & Lennard, 1979, Gabe & Calnan, 1989, Helman, 1981, Priest, Vize, Roberts, Roberts & Tylee, 1996), les traitements contre l'asthme (Prout, Hayes & Gelder, 1999), les médicaments vendus sans ordonnance (Bissel, Ward & Noyce, 2000) et l'AZT (Siegel & Gorey, 1997).

Aucune étude centrée spécifiquement sur les représentations des médicaments des infirmières à domicile ou sur leur rôle en lien avec les traitements médicamenteux de leurs clients n'a été répertoriée. L'exploration de ce domaine pourrait contribuer à une meilleure compréhension des actions et des réactions des infirmières.

Le concept de représentations sociales a été choisi comme cadre de référence pour cette étude car il permet d'explorer de manière approfondie la compréhension, le sens et la signification que les individus donnent aux événements et aux idées auxquels ils sont confrontés et comment ils interprètent le monde qui les entoure. Il permet d'avoir

accès à des éléments très profonds chez la personne, « ce que je pense », « ce que je ferais moi ». Comme tout un chacun dans notre société, les infirmières sont confrontées aux médicaments dans leur vie privée, dès leur enfance, puis dans leur vie professionnelle, dès le début de leur formation d'infirmière. Elles sont donc porteuses de représentations sociales des médicaments et des soins qui y sont associés qui interviennent lors de soins en lien avec les traitements médicamenteux de leurs clients (Collière, 1996). En effet, cette auteure estime que :

Nos actes sont le reflet de nos représentations venant à générer nos croyances et nos certitudes, qu'elles soient personnelles ou en relation avec le groupe professionnel ou social auquel nous appartenons. Il importe donc de nous interroger, en tant qu'infirmières de santé publique, sur nos représentations de la santé (et des médicaments) et la forme de croyances qu'elles engendrent, pour orienter le genre de soins infirmiers que nous prodiguerons (Collière, 1996, p.221).

Le concept de représentations sociales est aussi pertinent dans une étude ayant pour objet les médicaments car ceux-ci ont à la fois une dimension individuelle et une dimension sociale. En effet, ce que pensent les infirmières des médicaments et de leur administration est personnel mais aussi relié à leur groupe professionnel, à l'institution au sein de laquelle elles pratiquent, au type de clients dont elles s'occupent ainsi qu'au contexte historique et socioculturel des soins infirmiers.

Buts de l'étude:

Explorer comment des infirmières à domicile se représentent les médicaments et le rôle professionnel infirmier en lien avec les traitements médicamenteux chez leurs clients.

Question de recherche

Quelles sont les représentations sociales chez des infirmières à domicile des médicaments et du rôle infirmier en lien avec les traitements médicamenteux de leurs clients?

Pertinence pour les sciences infirmières

Selon Osiek-Parisod (1994), il y a deux sortes de représentations sociales chez les infirmières. D'une part il y a les représentations professionnelles, élaborées dans le cadre de la socialisation secondaire, en particulier lors de la formation professionnelle, qui portent sur des notions jouant un rôle central dans le cadre de la pratique, comme par exemple le concept de santé bio-psycho-social. D'autre part il y a les représentations qu'elle nomme « ordinaires », comme par exemple les représentations du « bon patient ». Celles-ci trouvent leur origine dans la socialisation primaire des infirmières, l'acquisition de savoirs dans le cadre de la famille, de l'école et de la société, liées au fait qu'elles sont insérées dans la société non seulement en tant qu'infirmières mais aussi dans une multitude de rôles (mère, épouse, fille, amie, etc.). Selon Osiek-Parisod (1994), ces deux types de représentations interviennent dans le cadre de la pratique professionnelle, avec cependant une différence. Les représentations ordinaires ne sont pas mobilisées de façon explicite, ce qui a pour conséquence qu'elles « *agissent comme un filtre inconscient dans le choix de l'action ou de l'attitude adoptée* » (p.143) alors que les représentations professionnelles le sont de manière tout à fait consciente. Ainsi, dans leur travail les infirmières se réfèrent de manière consciente et inconsciente à leurs représentations, ce qui influence les soins donnés en lien avec les traitements médicamenteux et leur manière de présenter les traitements à leurs clients. McCaffery & Rolling Ferrel (1997) pensent également que les soignants ont un cadre de référence double, celui d'un professionnel qui a les responsabilités de donner des soins non biaisés et celui d'un être humain ayant

des valeurs et des préférences personnelles. Selon ces chercheurs, lorsque les biais liés au cadre de référence personnel des soignants ne sont pas mis en évidence, ils peuvent avoir un effet négatif sur les soins infirmiers donnés. Wessman & Dillon McDonald (1999) quant à eux ont montré que des expériences personnelles de douleur chez des infirmières peuvent avoir un impact sur l'acquisition de connaissances professionnelles sur la gestion de la douleur. De plus, les soignants ont tendance à se comporter comme si leurs clients étaient seuls porteurs de représentations ordinaires, de la pensée « non-standard » (Moscovici et Hewstone, 1996), « naïve » ou de sens commun (Albric, 1994, Moscovici et al., 1996) alors qu'eux-mêmes seraient uniquement porteurs de représentations professionnelles, d'une pensée « standard », rationnelle, scientifique (Moscovici et al., 1996). Mais comme le montre Osiek-Parisod (1994), les infirmières ont aussi des représentations ordinaires, qui sont en partie alimentées par des savoirs empiriques qu'elles ont acquis. Pour cette chercheuse, lorsque les professionnels de la santé et du social ne sont pas conscients de leurs propres représentations, ils tendent à les projeter sur les autres. Cela peut conduire à une imposition culturelle, qui est elle-même liée à une attitude ethnocentrique, c'est-à-dire à la croyance que ses propres idées, croyances et pratiques sont meilleures, supérieures et préférables à d'autres. On parle d'imposition culturelle lorsque les professionnels de la santé tendent à « *imposer leurs croyances, valeurs, décisions et pratiques à d'autres* » (Leininger, 1995, p.180). De plus, les professionnels pensent souvent qu'ils ont davantage de connaissances que leurs clients, par leur formation professionnelle et leur expérience clinique (Erlen, 1997). Les savoirs empiriques sont souvent dévalorisés au profit des savoirs appris des professionnels, en particulier ceux liés au champ bio-médical (Collière, 1996). Cela peut mener à de l'incompréhension ou à des conflits entre soignants et clients.

Pour Moscovici et Hewstone,

il est facile de montrer que de nombreux malentendus dans les rapports politiques, sociaux ou interpersonnels sont dus au fait que, en raison de représentations divergentes, les gens ne classent pas les informations de la même manière. Donc, celles-ci n'ont pas le même poids factuel pour tous (1996, p. 561).

Ainsi, quels moyens les infirmières peuvent-elles se donner pour ne pas imposer leurs modèles aux clients qu'elles soignent ? Identifier et analyser ses propres représentations peut être une étape vers ce que Osiek-Parisod nomme «*une gestion plus lucide de sa relation aux partenaires et usagers* » (1994, p.149). Ainsi, il est nécessaire que les infirmières soient conscientes de leurs propres valeurs, croyances et représentations, de leur culture professionnelle et comprennent leur héritage culturel car connaître le concept de représentations sociales et être conscientes de leurs propres représentations peut leur permettre de mieux orienter le soin.

CHAPITRE II
LA RECENSION DES ECRITS ET LE CADRE THEORIQUE DE
REFERENCE

Le chapitre de recension des écrits et de présentation du cadre de référence théorique se compose de cinq parties. Premièrement, divers aspects psychosociaux et culturels des médicaments dans la société occidentale sont abordés, suivis de la présentation d'études sur les représentations sociales des médicaments chez des profanes et des clients, la pratique des soins infirmiers à domicile à Genève et des études faites auprès d'infirmières sur leurs représentations sociales de leur rôle en lien avec les médicaments. Finalement, le cadre théorique de référence sera présenté.

Aspects psychosociaux et culturels des médicaments

Médicaments et société

Les médicaments sont un des symboles de la médecine occidentale moderne, des bénéfices qu'elle a amenés (Britten, 1994), de sa scientificité, de sa technicité, de son efficacité (Aballea, 1987). Sachs, Sterky & Tomson (1988) parlent de « la culture de la pilule » des sociétés occidentales. Les médicaments sont étroitement associés au mieux-être, à la guérison mais aussi à la maladie, à la souffrance et à la mort. Ils signent une certaine vision de la santé et de la maladie. Pour Nichter & Vuckovic (1994), des idéologies en lien avec la santé, le corps, la maladie et la personne sont reproduites par l'acte de prendre des médicaments. Les individus ont des idées et des attitudes concernant les médicaments ; ils ne les prennent pas dans un vide cognitif (Stimson, 1974). La médicalisation de la société a altéré les perceptions concernant la santé et le seuil de tolérance aux symptômes a été abaissé (D'Houtaud et Field, 1989, Vuckovic, 1999). L'utilisation accrue des médicaments masquant les symptômes et les comportements a produit un changement dans ce qui est considéré comme « normal », « naturel » et de ce que sont des comportements « acceptables » (Vuckovic, 1999). Par exemple, les médicaments anti-épileptiques permettent à ceux qui les prennent de s'assurer de leur

« normalité », c'est-à-dire de mener une vie normale et de ne pas risquer de faire des crises devant d'autres personnes (Conrad, 1985). La médicalisation de la société, conjuguée à un mode de vie consumériste, a pour conséquence que les gens croient de plus en plus qu'ils peuvent être soulagés de leurs inconforts, de leurs déficits et de leurs faiblesses de manière rapide grâce à des médicaments (Nichter & al., 1994). Par exemple, une des conséquences de la culture américaine valorisant le progrès et la productivité est une certaine impatience dans les cas de maladie à cause du manque de temps (Vuckovic, 1999). Cela influence les perceptions profanes de l'efficacité des médicaments qui doivent être facilement accessibles, efficaces et permettre de passer rapidement de la maladie à la santé. En achetant des médicaments, le consommateur a l'impression d'acheter du temps. Par contre, le recours à la médecine traditionnelle, qui nécessite davantage de temps, peut signer le retour vers des valeurs traditionnelles ou alternatives, une insatisfaction vis-à-vis du mode de vie occidental et vis-à-vis d'une vision mécaniste du corps (Nichter & al., 1994).

L'automédication permet une certaine indépendance de la personne à l'égard non seulement des professionnels de la santé mais aussi de son entourage, en permettant de se traiter de manière « privée », « individuelle » (Van der Geest & Reynold Whyte, 1989). Mais, cela peut aussi donner un certain pouvoir à l'industrie pharmaceutique (Nichter & al., 1994).

Le médicament, symbole des soins

Les médicaments sont bien davantage que des substance qui combattent des troubles par leurs qualités physico-chimiques (Friard, Leyreloup, Louesdon, Rajablat, Stolz et Windisch, 1995). Ils objectivent l'art de guérir du médecin et le transforment en un objet qui peut être utilisé par chacun (Van der Geest & al., 1989). Ils matérialisent aussi l'intervention du médecin et de l'infirmière et l'intérêt que ceux-ci portent à leurs

clients. Selon Sachs & al. (1988), l'aspect concret des médicaments aide à la conceptualisation du problème entre le soignant et le client mais cache le fait que le sens qui leur est donné par chacun est très différent. La prescription et l'administration de médicaments ont une charge symbolique importante qui peut produire des effets bénéfiques, l'effet placebo, ou des effets négatifs, l'effet nocebo, qui ne sont pas liés à la substance qu'ils contiennent (Cooperstock & Lennard, 1979, Helman, 1981). La capacité des médicaments à représenter le symbole des soins est en particulier apparente lorsqu'ils sont proposés dans les cas de souffrance morale ou pour donner de l'espoir (Nichter & al, 1994). Ils peuvent aussi symboliser le problème de santé de la personne, en particulier si celle-ci prend son traitement en présence d'autres personnes. Lorsque la publicité montre l'image d'une mère soignant son enfant malade, ils représentent le symbole de la préoccupation de la mère à son enfant (Vuckovic, 1999).

L'incorporation d'une substance

L'ingestion de médicaments peut être comparée à celle des aliments et fait appel au principe d'incorporation. Les définitions culturelles concernant les aliments, les médicaments et les drogues peuvent se chevaucher, la nourriture étant parfois considérée comme un médicament et la prise de médicaments ou de drogues pouvant faire partie d'un régime quotidien habituel (Lupton, 1996). Le principe d'incorporation sous-tend que « l'homme devient ce qu'il mange », certaines qualités de ce qui est ingéré pouvant se transmettre à celui qui mange (Fischler, 1990). Pour Lupton (1996), le processus d'incorporation est une cause de grande anxiété et de prise de risque, étant donné la subjectivité liée à la nourriture elle-même mais aussi par son sens symbolique. L'élément central de la construction de la subjectivité liée à l'incorporation de la nourriture est la bouche, symbole à la fois de la consommation et du contrôle de cette dernière, les habitudes alimentaires étant utilisées pour établir et symboliser le contrôle sur son propre

corps (Lupton, 1996). Pignarre (1997) parle de la prise de médicaments comme de la confrontation à un corps étranger destiné à faire effraction dans le corps. Ainsi, « l'ingestion de molécules (médicamenteuses) dans le corps humain (...) doit faire l'objet d'un « apprivoisement » qui rend la rencontre possible et permet d'éloigner les dangers » car il s'agit de « la rencontre terrible et inconnue entre deux corps, celui des molécules et celui de l'organisme humain vivant » (Pignarre, 1997, p.43).

Etudes recensées sur les représentations sociales des médicaments

Nunez Perez (1980) a mené des entretiens semi-directifs sur le sujet des médicaments auprès de sept femmes de la classe sociale supérieure et cinq de la classe moyenne, âgées de 29 à 38 ans et en bonne santé. Celles-ci divisent les médicaments en deux catégories. D'une part les médicaments « *sérieux* », « *grosse drogues* » ou « *vrais médicaments* » à utiliser dans les cas des maladies graves, par exemple les maladies du cœur, le cancer, les maladies infectieuses, les douleurs importantes et les maladies mentales. Ils sont alors indispensables et deviennent des médicaments de l'urgence, des médicaments essentiels qui évitent la mort. Ils exercent une action bénéfique dans l'organisme mais sont aussi généralement associés à la notion de danger. D'autre part, il y a les « *petits médicaments* », « médicaments de base » qui sont considérés comme des produits naturels et inoffensifs (Nunez Perez, 1980) et qui sont à portée de main. Parfois ils ne sont même pas considérés comme de vrais médicaments. Ils sont utilisés dans les cas de problèmes de santé courants, « *les petites maladies* », qui peuvent toucher les femmes interrogées et leurs enfants, telle la grippe, la fièvre, les douleurs et le manque d'appétit. Ces « petites maladies » se soignent avec ce type de médicaments, qui n'ont pas d'effets très forts et qui sont à portée de main. Une personne les nomme « *médicaments*

de base, très utiles pour les petits maux mais qui n'ont pas d'effets très forts ». Les femmes interrogées montrent beaucoup moins de crainte à leur égard. Stimson (1974) s'est intéressé à la perception des médicaments chez des patients de deux cabinets médicaux. Dans cette étude, certaines personnes ont également fait la différence entre deux catégories de médicaments, les médicaments « *familiers et sûrs, qui améliorent la santé* » et les « *drogues* », potentiellement dangereuses, impliquant une perte d'autonomie, de choix et de contrôle personnel. Cette répartition des médicaments dans deux catégories se retrouve également dans des écrits scientifiques sur les médicaments achetés sans ordonnance. Selon Montagne (1992), les consommateurs perçoivent en général les médicaments qu'on obtient sans ordonnance comme plus sûrs et plus faciles à utiliser. Bissel, Ward & Noyce (2000) ont également exploré les perceptions du public concernant ce type de médicaments. Ils ont recueilli des données de type qualitatif par l'observation non-participante dans dix pharmacies, par 7 groupes de discussion, 94 entretiens semi-structurés et 21 entretiens en profondeur avec des consommateurs achetant des médicaments. Ces chercheurs ont démontré comment ceux-ci se focalisent davantage sur les bénéfices de ces médicaments, mettant l'accent sur leurs bénéfices plutôt que sur les risques qui peuvent leur être liés. Ces consommateurs sont porteurs d'une croyance généralisée que les médicaments sur ordonnance sont puissants et, de ce fait, comportent des risques, alors que les médicaments en vente libre sont moins forts et sont moins dangereux. Ils mentionnent n'avoir que rarement expérimenté des effets secondaires. Leur expertise profane, qui provient d'une longue expérience personnelle dans le traitement de leurs problèmes de santé bénins, augmente chez eux les sentiments de responsabilité et de contrôle sur les médicaments utilisés.

Britten (1994), dans des entretiens semi-structurés fait avec 11 femmes et 19 hommes, a montré que les médicaments sont perçus comme des **avantages de la médecine moderne**. Certains d'entre eux ont un haut degré d'acceptabilité par le fait qu'ils existent depuis longtemps. Selon Aballea (1987), **l'image positive du médicament**

est fréquente, même si apparaissent régulièrement des images plus nuancées ou même négatives. Il ressort de son enquête que même si les médicaments ne peuvent pas encore guérir toutes les maladies (sida, cancer), leur principe n'est pas vraiment remis en cause. Un jour, si on parvient à soigner ces maladies, ce sera **grâce aux médicaments**. Concernant le **rôle préventif** des médicaments, une majorité de personnes sont en faveur des vaccinations qui sont perçues comme la raison de la victoire sur les épidémies, les maladies les plus graves et la mortalité infantile (Aballea, 1987). Le vaccin procure à la fois une **sécurité contre la maladie** et une certaine paix d'esprit, étant donné qu'on a fait ce qu'il fallait. Ce rôle préventif des médicaments ressort aussi dans l'étude de Nunez Perez (1980) dans le cas de la malaria ou des vaccins

Certains médicaments peuvent être des **agents de bien-être**, dans les cas de soucis, de tension, de situations conflictuelles et de tensions causées par la vie, par le monde du travail et par la société de consommation. Ils permettent de **vivre sans entrave**, par exemple dans les cas de migraine (Nunez Perez, 1980). Ils peuvent aussi aider les personnes à **faire face aux obligations liées aux rôles qu'elles occupent**. Ainsi, Vuckovic (1999) a examiné comment le manque de temps et les obligations familiales et professionnelles affectent les décisions concernant l'utilisation de médicaments au sein de familles américaines. Elle a effectué des entretiens directifs et semi-directifs auprès de 40 familles ayant de jeunes enfants dans le sud-ouest des Etats-Unis. Elle a surtout recueilli des données auprès des femmes, car il est reconnu que ce sont les femmes qui sont les principaux soignants naturels au sein des familles. Celles-ci estiment que les médicaments homéopathiques et à base de plantes sont plus sûrs et plus naturels pour leurs enfants que les médicaments allopathiques, mais ils ont l'inconvénient d'agir beaucoup plus lentement et de ce fait, elles ne les utilisent qu'occasionnellement. En raison du manque de temps causé par leurs obligations familiales et professionnelles, elles disent être obligées d'utiliser les médicaments allopathiques. Par exemple, l'ingestion de

médicaments doit permettre de faire disparaître rapidement des céphalées, afin qu'elles puissent continuer à être performantes dans la vie quotidienne.

Cooperstock & Lennard (1979) ont interrogé 68 consommateurs de tranquillisants sur leur perception des effets de ces médicaments. Ils ont recueilli des données dans 14 groupes de discussion par une approche non-directive. La consommation à long terme de benzodiazépines permet à ces personnes de **faire face à un ou à des rôles sociaux**, des rôles insatisfaisants ou des conflits de rôles, qu'elles ne pourraient pas affronter autrement. Il s'agit par exemple chez les femmes de problèmes en lien avec le rôle d'épouse et de mère et chez les hommes, de problèmes liés au travail. Gabe & Calnan (1989), dans des entretiens sur les tranquillisants avec 87 femmes entre 40 et 60 ans, ont montré que celles-ci apprécient leur utilité car ils leur permettent d'avoir l'âme en paix. 80% des femmes grandes consommatrices ont des sentiments positifs à leur égard alors qu'un peu plus de 20% des femmes n'en ayant plus consommé les dix dernières années sont de cet avis. Helman (1981) a effectué une étude par entretiens semi-structurés auprès de 50 clients âgés de 60 ans en moyenne consommant régulièrement des benzodiazépines durant au moins les six mois précédents. Dans cette étude, sont également apparues des notions telles que médicament « *aidant* », « *sécurisant* », parfois presque perçu comme quelque chose d'anthropomorphique, comme « quelqu'un » plutôt que « quelque chose ». Helman a réparti les personnes interrogées dans trois groupes de consommateurs. Les premiers décrivent les psychotropes comme un tonique, leurs actions comme probablement psychologiques et sans risque de dépendance, ils minimisent les effets pharmacologiques de ceux-ci et pensent avoir un plein contrôle sur leur consommation. Le deuxième groupe de consommateurs perçoit les psychotropes comme un carburant, jouant un rôle important dans leur vie, les aidant à fonctionner normalement par rapport aux attentes de leur entourage familial et social. Ces personnes exercent un contrôle moins important sur leur consommation. Enfin, pour les consommateurs du troisième groupe, les psychotropes ont une dimension de « nourriture », d'aliment symbolique sans

lequel ils ne pourraient survivre, qui les complète et sur lequel ils n'ont que peu de contrôle.

Prout, Hayes & Gelder (1999) ont effectué une étude qualitative par questionnaire et par entretiens semi-directifs sur les stratégies de gestion de l'asthme dans neuf familles ayant un enfant modérément asthmatique. Tant les parents que les enfants perçoivent les médicaments, et en particulier les sprays et aérosols, comme les moyens principaux pour traiter l'asthme et pensent qu'ils sont **efficaces, rapides d'action et pratiques à utiliser**. Dans une enquête par questionnaire effectuée par Horne & Weinmann (1999) auprès de 100 patients asthmatiques, la plupart de ces personnes pensent que les aérosols de corticostéroïdes sont **nécessaires** pour prévenir les crises et 15% d'entre elles ne sont pas de cet avis.

Mais les représentations des médicaments ne sont pas toujours positives. Les médicaments sont par exemple critiqués car ils offrent des traitements uniformes pour tout le monde et non des traitements personnalisés (Britten, 1995). Si peu de personnes pensent que les médicaments sont inutiles, nombreuses sont celles qui doutent de leur utilité dans certaines situations (Aballea, 1987). L'**efficacité** de certains médicaments est aussi **mise en doute**. Priest, Vize, Roberts, Roberts et Tylee (1996) ont effectué une étude quantitative avec un échantillon représentatif de 2003 personnes. Concernant les antidépresseurs, seuls 46% des personnes pensent qu'ils sont efficaces, et 30% pensent qu'ils le sont peu ou pas du tout. Seulement 40% des personnes estiment que les tranquillisants sont efficaces contre la dépression. Gabe & al. (1982) ont montré que des utilisatrices régulières de benzodiazépines ont **peu d'espoir quant aux bénéfices** que ceux-ci et d'autres médicaments apportent, tout en concédant qu'à l'occasion les benzodiazépines les aident. La guérison serait parfois due à l'effet placebo (Aballea, 1987). Dans l'étude de Helman (1981), 40% des patients disent ne pas remarquer d'effet notable après la prise du médicament. Treize de ces vingt patients doutent du fait que leur médicament a vraiment un effet pharmacologique sur eux et pensent que son effet est

probablement psychologique. Selon Helman, percevoir les effets du médicament comme « *probablement psychologique* » pourrait être une manière de diminuer son efficacité et de regagner une certaine autonomie à son égard : ainsi, l'esprit du patient devient l'allié thérapeutique de celui-ci plutôt que le produit chimique ingéré. Les limites de l'efficacité des médicaments proviennent aussi du fait qu'ils **agissent sur les effets de la maladie et non sur ses causes** et, que de ce fait, le traitement n'est que partiel (Aballea, 1987, Britten 1995). Soixante-huit % des personnes considèrent les médicaments comme une « roue de secours » (Piguet et al., 2000). Les tranquillisants ne résolvent pas les problèmes, ils les rendent juste plus supportables (Calnan & al., 1992) car ils tendent à atténuer les symptômes (Priest & al., 1996). Les médecins interrogés par Gabe et al., (1989) ont également exprimé une méfiance à l'égard des tranquillisants. Ils disent les prescrire et ont le sentiment qu'ils ont une certaine utilité dans la phase aiguë d'une crise mais parlent aussi du danger d'addiction et du risque que les patients les traitent comme des solutions à tous les problèmes.

Il existe de nombreuses perceptions ambivalentes des médicaments. Ainsi, plus de la moitié des femmes consommatrices de tranquillisants interrogées par Gabe & Calnan (1989) ont montré qu'elles avaient des perceptions ambivalentes au sujet de ces médicaments. D'autres femmes interrogées sur leur point de vue concernant la médecine, ont exprimé des **craintes** et un **manque de confiance** au sujet des médicaments contre les infections, les soucis ou les insomnies qui leur sont prescrits. L'étude de Nunez Perez (1980) a aussi montré une **grande méfiance** à l'égard des médicaments. Piguet, Cedraschi, Desmeules, Allaz, Kondo-Oestreicher et Dayer (2000) se sont intéressés aux représentations des médicaments dans le cadre de la problématique de l'observance thérapeutique. Ils ont élaboré un questionnaire à partir d'entretiens semi-structurés faits auprès de 60 personnes en bonne santé sur leurs représentations des médicaments. Ce questionnaire a été rempli par 187 personnes visitant une foire. Les données recueillies montrent une ambivalence liée aux médicaments, qui représentent à la fois la science

susceptible d'amener un soulagement ou la guérison et des substances potentiellement dangereuses, voire toxiques. De nombreuses personnes ont exprimé que lors de l'incorporation de médicaments, la rencontre entre leur organisme et ceux-ci est unique et que le médecin ne peut prédire avec certitude le résultat de cette rencontre individuelle, même s'il connaît les statistiques et la fréquence des effets indésirables. Certaines personnes nomment les médicaments « *corps étrangers* ». L'organisme est préparé à ingérer des aliments mais pas des médicaments (Nunez Perez, 1980). La crainte d'une perte de contrôle et de maîtrise émerge aussi car, une fois absorbés, les médicaments agissent sans qu'on puisse en changer le cours (Nunez Perez, 1980, Piguet et al., 2000).

Dans l'étude de Piguet et al., (2000), 94% des personnes pensent que les médicaments sont principalement des « *produits chimiques* » et 64% que les médicaments peuvent être à base de plantes. Dans ce cas, ils ne sont plus toujours perçus comme faisant partie de la médecine occidentale. Une différence est faite entre le **médicament occidental**, « **brutal** », **qui agit rapidement**, souvent une injection ou un comprimé, et les médicaments d'action plus lente comme l'homéopathie ou la médecine chinoise. Les médicaments sont décrits comme *non-naturels*, dans le sens qu'ils ne sont pas produits de façon naturelle mais aussi qu'ils ne sont pas naturels pour le corps, qu'ils lui sont étrangers (Britten, 1995). Les mêmes idées ressortent de l'étude de Gabe & Lipshitz-Phillips (1982) qui ont interrogé dans des entretiens semi-directifs 22 femmes âgées de 40 à 59 ans, consommatrices ou non-consommatrices de benzodiazépines. Les femmes non-consommatrices considèrent les médicaments et les traitements anti-douleurs tels ceux pratiqués lors d'accouchement comme non-naturels et, de ce fait, **potentiellement dommageables**. Elles rejettent la consommation de benzodiazépines à cause de leurs craintes des conséquences de l'absorption de produits chimiques non-naturels. Chez Nunez Perez (1980), les médicaments « *sérieux* » sont considérés essentiellement comme des **produits chimiques, puissants, dangereux** et sont parfois associés à des drogues, c'est-à-dire à des produits nocifs dont on conteste l'efficacité et

dont on condamne l'usage. 73% des sujets abordés par Piguet et al. (2000) perçoivent les médicaments comme un risque pour l'organisme, utilisant des termes tels que « *poisons* », « *drogues* », « un remède avec des poisons qui sont en somme très forts ». Ainsi, les médicaments sont aussi perçus comme pouvant être **nuisibles, mauvais pour le corps** (Britten, 1994), dangereux et pouvant présenter des risques (Aballea, 1987). Sachs, Sterky & Tomson (1988), dans des entretiens semi-directifs faits auprès de quatre dames âgées vivant à domicile, ont constaté que l'une d'entre elles prend ses médicaments en quantité moindre que prescrit car elle pense qu'ils sont nocifs. Siegel & Gorey (1997) se sont intéressés aux connaissances, attitudes et expériences en lien avec l'AZT de 71 femmes HIV positives âgées de 20 à 45 ans, de différentes origines ethniques (américaines, afro-américaines et portoricaines). Ils ont effectué des entretiens non-directifs et ont traité les données récoltées par l'analyse thématique. Les femmes interrogées ont souligné de manière répétée la **toxicité** de l'AZT.

La mention des **effets secondaires** est fréquente, comme par exemple dans l'étude de Gabe & al. (1989) sur les tranquillisants. Ils peuvent se traduire par un déséquilibre général de l'organisme ou peuvent être localisés sur des organes. Leur sévérité peut être liée au dosage. Les personnes interrogées par Aballea (1987) ont parlé d'effets quasiment sur toutes les parties du corps, que ce soit les nerfs, le foie, les cheveux. A propos de la pilule contraceptive, un nombre important de femmes ont parlé d'**effets iatrogènes** tels « *ça fait grossir* », « *ça entraîne la chute des cheveux* » (Aballea, 1987). Les femmes interrogées par Siegel & al., (1997) parlent des « *effets secondaires débilissants* » de l'AZT et de leurs craintes que le médicament n'endommage des organes ou ne fasse pas la différence entre les cellules infectées qui doivent être détruites et les cellules saines, essentielles à la survie et au bien-être. D'autres femmes disent être prudentes dans les choix des médicaments contre le rhume et les allergies, car ceux-ci peuvent avoir des effets secondaires qui ralentissent leur productivité, comme par exemple la **somnolence** causée par les antihistaminiques (Vuckovic, 1999). Dans l'étude de Adams, Pill & Jones

(1997) sur les aérosols contre l'asthme, les 14 femmes et les 16 hommes asthmatiques interrogés dans des entretiens en profondeur estiment que ces médicaments ont des **effets secondaires négatifs**. Les médicaments peuvent aussi **empêcher le système immunitaire de fonctionner** ou **l'endommager** et ainsi réduire la résistance du corps aux infections et aux maladies (Britten, 1995, Vuckovic, 1999). La perception que les médicaments puissent **provoquer une autre maladie** que celle qu'ils sont censés soigner est répandue (Aballea, 1987, Gabe & al., 1982, Nunez Perez, 1980). Par exemple, le médicament pourrait rendre fou (Gabe & al., 1982), ou la pilule contraceptive pourrait contribuer au cancer (Aballea, 1987). L'opinion la plus extrême de cet ordre est que tous les médicaments sont **carcinogènes** (Britten, 1995).

Les médicaments sont aussi définis par les termes de « *mal nécessaire* », ce qui exprime le fait qu'on en a besoin mais que leur pouvoir incontrôlable fait peur et conduit à considérer les médicaments efficaces comme potentiellement dangereux et nocifs (Nunez Perez, 1980). Certaines Américaines de race blanche interrogées par Siegel & al. (1997) décrivent l'AZT comme un mal nécessaire qui doit être utilisé avec parcimonie et s'il y a une indication claire. Parmi les clients interrogés par Helman (1981), 82% disent que leur médication est une « drogue », un mal nécessaire et qu'ils n'ont pas d'autre alternative.

Dans certains cas, le traitement est considéré comme **pire que la maladie**, comme les chimiothérapies contre le cancer (Britten, 1995) ou lorsque les risques de son administration sont supérieurs aux bénéfices qu'ils procurent, comme le pensent ceux qui sont opposés aux vaccins (Aballea, 1987). Dans l'étude de Siegel & al., (1997), la croyance qu'au mieux l'AZT fait plus de **mal que de bien** et au pire fait seulement du mal est prévalente.

De nombreuses craintes sur la **dépendance** existent concernant la morphine et ses dérivés, tant dans le public que chez les soignants. Mais cette crainte peut aussi concerner les médicaments en général. Ainsi, selon les femmes interrogées par Gabe &

al., (1982), toutes sortes de médicaments sont dangereux car ils provoquent des dépendances et peuvent induire en tentation, en particulier pour les enfants lorsqu'ils sont en vue (Britten, 1995). Conrad (1985) rapporte que certaines personnes prenant un traitement contre l'épilepsie ont peur de **devenir toxico-dépendantes**. Dans l'étude de Piguet et al. (2000), plus de la moitié des personnes ont cité le risque de dépendance. La moitié des patients interrogés par Helman (1981) ont classé la morphine, les somnifères et les tranquillisants dans les « *drogues* », une personne appelant même l'aspirine « *drogue* ». Les tranquillisants sont aussi craints à cause des risques de dépendance (Calnan & William, 1992, Gabe & al., 1989). Priest & al., (1996), dans une étude qualitative effectuée avec huit groupes de discussion de huit personnes chacun, ont trouvé que 78% des participants estiment que les antidépresseurs peuvent causer une dépendance et 87% d'entre eux pensent de même pour les tranquillisants utilisés pour traiter les dépressions. La crainte de la dépendance peut faire envisager à certains consommateurs de psychotropes la possibilité d'arrêter un traitement (Stimson, 1974) et peut également conduire des personnes à arrêter un traitement anti-hypertenseur. Les personnes interrogées par Aballea (1987) quant à elles craignent l'accoutumance liée aux médicaments. Les médicaments sont craints en cas d'utilisation régulière ou prolongée (Britten, 1995), avec pour conséquence des allergies, une dépendance irréversible, une accoutumance ou une intoxication progressive (Nunez Perez, 1980). Les personnes interrogées par Adams & al.,(1997) expriment une forte opposition aux stéroïdes concernant les aérosols contre l'asthme, les personnes les nommant « *stéroïdes illégaux* » et « *stéroïdes pour augmenter la masse musculaire* », nombre d'entre elles craignant de devenir dépendantes de tout médicament à prendre sur la durée. Dans l'étude de Horne & al. (2001), 37% des personnes interrogées perçoivent des risques de dépendance concernant ces aérosols. Les femmes vues par Vuckovic (1999) craignent également que les médicaments ne soient nuisibles à long terme, en particulier pour leurs enfants. D'autres femmes craignent les conséquences de l'utilisation à long terme de la pilule

contraceptive (Aballea, 1987). Dans l'étude de Horne & al. (1999), 48% des patients se sont montrés préoccupés par les effets à long terme des aérosols corticostéroïdes contre l'asthme. D'autres personnes parlent de la possibilité de s'immuniser contre les médicaments si on en prend trop souvent, avec pour conséquence qu'ils ne sont plus efficaces lorsqu'on en a vraiment besoin (Stimson, 1974). Certaines personnes estiment que leur corps doit se reposer des médicaments de temps en temps, en particulier lorsqu'il s'agit d'un traitement de longue durée. Ainsi, cet homme qui prenait un traitement antituberculeux tous les jours sauf le dimanche (Stimson, 1974).

Les personnes interrogées peuvent aussi montrer une forte antipathie à l'égard des médicaments, comme cet homme diabétique qui dit les détester (Britten, 1995). Toutes les femmes interrogées par Gabe & al. (1982) ont exprimé des idées qui pourraient représenter une **culture anti-médicaments**. Dans l'étude sur l'AZT de Siegel & al. (1997) sont apparues des attitudes et des **croyances très négatives** face à ce médicament, tant chez les femmes qui en avaient pris que chez celles qui n'en avaient pas pris, tout en reconnaissant que parfois l'AZT peut être bénéfique. L'étude de Gabe & al., (1989) sur les tranquillisants montre que les sentiments négatifs sont souvent renforcés par les expériences qu'ont fait des amis ou des connaissances. Calnan & William (1992) se sont intéressés aux représentations de la médecine moderne. Ils ont fait une enquête de type quantitatif par questionnaire auprès de 454 personnes âgées de 18 ans et plus, ainsi que des entretiens qualitatifs avec 10 couples de classe moyenne et 10 couples d'ouvriers dont le mari avait entre 40 et 55 ans. Ils ont trouvé un fort sentiment anti-médicament concernant les tranquillisants, 33% des personnes disant qu'elles n'accepteraient pas volontiers qu'on leur en prescrive et 30% qui en refuserait la prescription.

Certaines craintes sont liées au développement et à la production des médicaments. Ainsi, certaines femmes afro-américaines craignent l'AZT car il aurait été testé sur des hommes de race blanche et non sur des femmes ou des personnes des minorités raciales ou alors seulement sur des homosexuels de race blanche. D'autres

pensent que l'AZT est uniquement promu par les compagnies pharmaceutiques pour faire des bénéfices (Siegel & al., 1997). Des femmes interrogées par Siegel & al. (1997) pensent que « quelqu'un » utilise le médicament pour éliminer les personnes infectées. Les médicaments peuvent aussi être considérés comme un des vecteurs essentiels du pouvoir médical sur les individus et un moyen de dépersonnalisation et de réduction de l'autonomie du patient (Aballea, 1987).

Les représentations de l'utilisation des médicaments

Certaines personnes disent que s'il faut prendre des médicaments, elles préfèrent en **prendre peu plutôt que beaucoup** et en particulier **veulent éviter les médicaments puissants** (Britten, 1995). Ainsi, une des dames interrogées par Sachs & al (1988) pense que prendre trop de médicaments n'est pas bon et, de ce fait, ne prend pas tous ceux qui lui ont été prescrits. Les femmes interrogées par Gabe & al., 1989 suggèrent souvent qu'il n'est **pas nécessaire de consommer** ce genre de médicaments (des médicaments contre les infections, les soucis ou les insomnies). Plusieurs des femmes interrogées par Vuckovic (1999) désirent éviter totalement les médicaments à cause des craintes d'un effet négatif sur leur système immunitaire. Certaines personnes disent vouloir garder une indépendance à leur égard (Nunez Perez, 1980) tel cette personne qui dit **lutter pour vivre sans en consommer** (Britten, 1995).

Il ne serait nécessaire de prendre des médicaments **que lorsqu'on est malade** et non lorsqu'on est en bonne santé (Stimson, 1974). Ils sont à éviter s'ils ne sont pas vraiment nécessaires, (Britten, 1995, Nunez Perez, 1980). Avoir recours aux médicaments peut être une solution de facilité (Nunez Perez, 1980). Leur utilisation doit se faire au bon moment, se restreindre aux cas qui le nécessitent vraiment, comme **moyens de dernier recours**. La présence d'un symptôme n'implique pas qu'on doive en prendre tout de suite mais seulement si le symptôme persiste (Nunez Perez, 1980). Dans l'étude de Piguet

et al., (2000) 82% des personnes interrogées pensent que les antalgiques sont efficaces contre la douleur mais 68% d'entre elles préfèrent en **éviter la prise**. Certaines personnes préfèrent vivre avec leurs insomnies passagères que de s'habituer aux somnifères (Aballea, 1987). Par contre, parfois, il est nécessaire de prendre des médicaments, les « gros médicaments » en cas de maladies graves (Nunez Perez 1980). Les vaccins, quant à eux, sont critiqués non pas sur leur efficacité, mais plutôt sur le bien fondé de leur utilisation, sur la base de l'état sanitaire de la population ou des caractéristiques de la personne (Aballea, 1987).

Les **dangers** liés aux médicaments viennent plutôt de **l'abus de la consommation**, du non-respect de la prescription, du manque de discernement du consommateur que des médicaments eux-mêmes (Aballea, 1987). **Il ne faut donc pas abuser** (Nunez Perez, 1980). Dans l'étude de Calnan & al., (1992), les antibiotiques sont en général bien acceptés (95% des personnes dans l'étude quantitative), avec cependant la mise en garde qu'il ne faut pas en abuser ou trop les prescrire, car on risque de s'en immuniser et leur efficacité alors diminuerait. Les tranquillisants, eux, seraient prescrits trop fréquemment (Calnan & al., 1992).

Les soins infirmiers à domicile

Le texte qui suit vise à décrire le contexte et les conditions dans lesquels se déroulent les soins en lien avec les médicaments des clients des infirmières à domicile.

Description des activités de l'infirmière

L'activité de l'infirmière à domicile travaillant à la FSASD est multidimensionnelle. Certains soins sont déterminés par le rôle propre, tels les soins d'aide à la vie quotidienne, la délégation qui leur est liée, l'accompagnement du client au niveau psychosocial, la coordination et l'évaluation globale de la situation de celui-ci (Service du Médecin Cantonal, 1999). Une autre catégorie de soins sont les traitements délégués par le médecin, dont la préparation et l'administration de médicaments, le plus souvent per os et des pansements de plaies. Ces soins délégués sont souvent en interrelation avec des soins propres infirmiers et peuvent être intégrés dans une approche soignante holistique.

L'infirmière reçoit les informations sur le traitement médicamenteux des clients par une prescription écrite. La fréquence des contacts entre infirmières et médecins dépend de facteurs tels l'état de santé du client, ses douleurs, son inconfort, des troubles du comportement, les effets des médicaments, la nature des traitements médicamenteux (par exemple le contrôle d'un traitement anticoagulant) et l'observance du client.

Responsabilité professionnelle de l'infirmière

Dans l'exécution des mesures diagnostiques et leur interprétation, ainsi que dans l'exécution des traitements médicaux, l'infirmière agit selon les directives du médecin traitant et doit se conformer aux prescriptions de ce dernier. Il lui est interdit de modifier de son propre chef le traitement des patients auprès desquels elle est placée. (Loi genevoise sur les professions de la santé et les établissements médicaux : K3 05, art. 99)

L'activité de l'infirmière dans le domaine de l'administration de médicaments est déterminée par la délégation d'actes médicaux venant d'un médecin prescripteur. Cependant, l'infirmière ne doit pas administrer un médicament simplement parce que celui-ci est prescrit par un médecin. Elle doit exercer son sens critique face à la prescription. C'est pourquoi, l'évaluation de la situation et des conditions dans lesquelles vont se dérouler les soins est décisive (Service du Médecin Cantonal, 1999). L'infirmière doit adapter son activité aux normes qui régissent la profession, actualiser ses connaissances et suivre les directives de son institution et celles figurant dans le Compendium suisse des Médicaments. Ainsi, elle doit remettre en question une prescription si elle estime que toutes les conditions d'une bonne réalisation des soins infirmiers ne sont pas réunies et/ou si celle-ci est non-conforme, trop risquée (si l'administration du médicament dans un cadre non médicalisé représente un danger trop grand pour le client par rapport au bénéfice d'être soigné à domicile) ou lorsque la prescription est « atypique ».

Ethique et exercice des soins infirmiers

L'infirmière, pour guider ses choix, prend en considération un certain nombre de principes d'éthique biomédicale classique, (a) le principe d'autonomie, (b) le consentement libre et éclairé, (c) le principe de bienfaisance qui est la recherche du bien et de l'intérêt du client, (d) le principe de non-maléficienne, (e) le principe de justice

(Service du Médecin Cantonal, 1999). A ceux-ci, s'ajoutent d'autres principes éthiques spécifiques à la profession infirmière ; (a) la défense d'une cause, pouvant être interprétée de trois manières : ou l'infirmière est considérée comme le défenseur des droits du client, ou comme la personne qui aide celui-ci à discuter de ses besoins, de ses intérêts et de ses choix, conformément à ses valeurs, ou le client est considéré comme un sujet qui a droit au respect de sa personne, (b) la responsabilité et les comptes à rendre : l'infirmière ayant accepté de dispenser des soins, elle peut avoir à rendre des comptes de cette activité au client, à la profession, à l'employeur, à la société, (c) la coopération qui implique la participation active à ce que font les autres professionnels, en vue d'obtenir des soins de qualité, (d) le souci de l'autre, c'est-à-dire la préoccupation de ce qui est bénéfique à la personne.

Le rôle infirmier et les traitements médicamenteux des clients

La notion de rôle

Le terme de rôle désigne « *l'ensemble des modèles culturels associés à un statut* », *le statut se définissant comme « la place qu'un individu donné occupe dans un système social donné à un moment donné »* (Durand et Weil, 1997, p. 115). Le rôle comprend les attitudes, les valeurs et les comportements que la société assigne à un individu occupant ce statut et auquel il doit se conformer. Maisonneuve (1997) parle de « normes de rôle » qui prescrivent les conduites qu'on attend d'un individu selon son statut et sa fonction.

Le rôle de l'infirmière à domicile

Knudsen Stromme & Botten (1993a) ont exploré les représentations concernant les problèmes les plus importants liés aux médicaments de clients âgés auprès de 19 infirmières, 3 infirmiers, 45 aides-soignantes, 113 aides-ménagères et 20 aides-ménagers travaillant dans les soins à domicile. Ces soignants ont répondu à un questionnaire contenant des questions ouvertes et des questions fermées. Des discussions de groupe avec 6 infirmières, 4 infirmières assistantes et 20 aides-ménagères ont permis de confirmer certains résultats du questionnaire. Les entretiens ont révélé que les infirmières considèrent qu'il est important de motiver et d'informer les personnes âgées au sujet de leurs médicaments afin de prévenir des erreurs de médication. L'observance thérapeutique est le problème le plus important auquel elles doivent faire face. Les moyens sont une supervision et une information des clients, une meilleure information et formation des soignants, l'utilisation d'un semainier et d'un carnet de santé et des contacts plus fréquents entre les différentes catégories de soignants. Le deuxième problème est celui des effets secondaires et indésirables. Ainsi, 42% des infirmières estiment que les hypnotiques, les somnifères et les analgésiques causent des réactions indésirables, 29% en ce qui concerne les cardiotoniques et les diurétiques, 0% concernant les antibiotiques, 0% concernant les anti-hypertenseurs et 29% pour d'autres médicaments. Certains médicaments et certaines combinaisons de médicaments peuvent aussi rendre les clients plus dépendants de leur aide. Ceux-ci reprennent des forces lorsque leurs traitements sont optimisés ou ont cessé. Une deuxième partie de cette étude parue dans un article ultérieur (Knudsen Stromme & Botten, 1993b) décrit les types de soins donnés en lien avec les traitements médicamenteux de ces personnes âgées. Il s'agit de : chercher les médicaments à la pharmacie (91% des infirmières), veiller à ce que la prescription soit à jour (91%), ranger l'armoire à pharmacie (96%), remplir le semainier (100%), administrer les médicaments au client (100%), observer les effets des

médicaments (100%), donner des informations sur les médicaments au client (100%), à son entourage (87%) et à d'autres soignants (96%).

L'administration de médicaments

L'administration de médicaments est un soin courant, comprenant des responsabilités importantes et qui est liée étroitement à l'identité professionnelle des infirmières (Arndt, 1994a, Cheek, 1997). Selon Friard, Leyreloup, Louesdon, Rajablat, Stolz et Windisch (1995), leur distribution s'inscrit dans la relation entre les différents protagonistes des soins.

L'infirmier, aussi neutre soit-il, ne fait pas que de distribuer un produit. Il le donne avec son savoir infirmier, avec son expérience professionnelle, avec sa connaissance des produits prescrits qui n'est pas la même que celle du médecin, avec sa perception de l'état du patient. Il peut le distribuer en étant convaincu de l'efficacité du traitement, en étant sceptique, en étant en conflit avec le médecin.

La perception des erreurs de médication

L'infirmière exerce une activité à risque lors de soins liés aux traitements médicamenteux car toute erreur peut avoir des conséquences graves (Dummett, 1994, Harlay & Veillerobe, 1995). Cependant, il faut noter que les erreurs peuvent se produire tout le long de la chaîne du médicament, c'est-à-dire durant la prescription, la transcription, la préparation par le pharmacien et l'administration du médicament (Cheek, 1997) Ne pas faire d'erreurs équivaut à donner des soins infirmiers de qualité (Arndt, 1994a, Cheek, 1997, Hackel, Butt & Bannister, 1996). Cheek (1997) a exploré par des entretiens semi-structurés les représentations de l'administration de qualité de médicaments auprès de 29 infirmières volontaires dans un hôpital public australien. Ces infirmières, en particulier les débutantes, ont montré une préoccupation importante concernant le risque de faire des erreurs d'administration. Arndt (1994a) a effectué une

étude qualitative de type ethno-méthodologique sur ce que signifie pour une infirmière d'être impliquée dans une erreur de médication. Les données ont été recueillies auprès d'infirmières ayant au moins trois ans d'expérience professionnelle, dans deux groupes de discussion, l'un avec huit infirmières en Allemagne et l'autre avec six infirmières en Ecosse. Douze entretiens non structurés et six rapports écrits par des infirmières ont complété l'étude. Celles-ci ont rapporté des sentiments de culpabilité, d'humiliation et de honte lorsqu'elles ont réalisé avoir fait une erreur de médication. Ces sentiments peuvent être forts, les bouleverser et affecter leur estime de soi, leur image de soi et leur statut professionnel de façon importante. Selon Arndt, la perception des erreurs de médication et les sentiments qui leur sont liés sont en relation avec l'image que les infirmières ont d'elles-mêmes et à des attentes élevées, en terme de compassion, de patience, d'aptitudes et de connaissances. De plus, l'image de la professionnelle qui fait toujours face et qui ne fait jamais d'erreurs est un élément très présent dans la culture professionnelle (Arndt, 1994b, Cheek, 1997). Gladstone (1995), dans des entretiens avec 14 infirmières ayant commis une erreur de médication, a rencontré des sentiments similaires à ceux décrits par Arndt. Les infirmières sont aussi préoccupées par les effets potentiels des erreurs sur les patients (Gladstone, 1995). Selon Kershaw (1994), les infirmières doivent reconnaître que des erreurs dans l'administration de médicaments peuvent survenir. Cela permettrait à celles qui en ont commis de se replacer dans une perspective de faillibilité humaine et de mieux faire face à leur situation (Arndt, 1994a).

Avoir des connaissances adéquates

Avoir des connaissances adéquates en pharmacologie afin d'administrer des traitements efficaces et donner des soins de qualité est important pour les infirmières (Jordan, Hardy & Coleman, 1999, Nash, Yates, Edwards, Fentiman, Dewar, McDowell & Clark, 2000). Mais les infirmières interrogées par Jordan & al. (1999) ont dit se sentir

parfois limitées dans leur rôle à cause d'un manque de formation. Dans l'étude de Knudsen Stromme & al., (1993b), les infirmières ont évoqué le manque de connaissances pour parfois ne pas pouvoir répondre aux questions des clients.

Défendre les intérêts des clients

Les infirmières se perçoivent comme étant responsables du bien des clients (Arndt, 1994a) et de défendre les intérêts de ceux-ci (Cheek, 1997). Ainsi, les infirmières interrogées sur leurs croyances et leurs attitudes sur l'administration d'analgésiques narcotiques par Nash & al. (2000) estiment qu'il est de leur rôle de se faire l'avocat de clients algiques.

L'évaluation des effets des médicaments

La fonction d'infirmière est un élément moteur de la pharmacovigilance, par l'attention que l'infirmière porte à la survenue de tout nouveau signe ou symptôme chez le patient et par la connaissance et l'expérience qu'elle a des principaux effets secondaires des médicaments (anonyme, revue de l'infirmière no 55, 1999).

Jordan & al. (1999) ont exploré, par des entretiens semi-structurés, le point de vue de 14 infirmières en santé mentale communautaire au sujet de la supervision de la médication de leurs clients et l'éducation de ceux-ci. Les entretiens ont été transcrits et analysés utilisant la méthode de la comparaison constante associée avec une approche utilisant la théorie ancrée. Ces infirmières estiment toutes qu'il est de leur rôle de superviser les clients par rapport aux effets des médicaments, en particulier leurs effets secondaires, et d'en informer les prescripteurs. Bien connaître leurs clients les aide dans l'évaluation des effets de leurs traitements. Elles estiment aussi que les médicaments anti-psychotiques peuvent aider de nombreuses personnes souffrant de maladie mentale. Mais elles sont très préoccupées par les effets secondaires qui leurs sont liés. Grâce à un suivi et une ré-évaluation des traitements à long terme, des stratégies visant à minimiser les

effets secondaires et à employer la dose la plus faible possible pourraient être introduites afin d'améliorer la qualité de vie de ces personnes.

L'infirmière et l'observance thérapeutique

L'infirmière à domicile est confrontée quotidiennement à la problématique de l'observance thérapeutique. Selon les auteurs, 1/3 à 2/3 des individus ne prennent pas leurs médicaments tels que prescrits (Overgaard Larsen & Holme Hansen, 1985), allant jusqu'à 77 % d'inobservance chez les personnes âgées (Cornier et Trudel, 1990, dans Voyer, 1999). Le concept d'observance implique que le client prenne le traitement médicamenteux tel que prescrit, à des doses jugées appropriées d'un point de vue thérapeutique. Il importe peu que l'inobservance ait des implications sur sa santé ou non (Overgaard Larsen & al., 1985). Selon Hornes (1993), l'observance ne garantit pas des bénéfices sur l'état de santé. L'inobservance est un thème central, un problème crucial pour les professionnels (Holme Hansen, 1989), qu'il est impératif de prévenir, d'éliminer ou, au moins, de réduire (Lebeer, 1997). Lorsque l'objectif thérapeutique est évident pour le professionnel, celui-ci s'attribue une autorité morale qui lui permet de concevoir le bien du client et de décider quelles actions sont nécessaires pour l'atteindre (Erlen, 1997). Les clients inobservants peuvent être considérés comme « problématiques », « non-coopératifs », « originaux », « irrationnels », « déviants » ou « ingrats » (Horne, 1993, Leininger, 1995, Playle & Keeley, 1998) car leurs comportements vont à l'encontre des croyances et des normes culturelles en vigueur chez les soignants et des attentes de ceux-ci concernant les rôles des clients et des professionnels (Playle & al, 1998). Les clients observants peuvent être considérés comme de « bons patients » (Erlen, 1997). Promouvoir l'observance est souvent considéré comme faisant partie de soins infirmiers de qualité (Esposito, 1995, Cameron, 1996, Erlen, 1997). Les infirmières sont dans une position stratégique pour identifier les patients pouvant ne pas être observants car elles

sont en contact étroit avec ceux-ci et leurs familles, ont des connaissances en pharmacologie, en psychologie, en relation d'aide et en *counselling* (Cargill, 1992). Pour Cameron (1996), il est important que les soignants tiennent compte des facteurs psychosociaux liés à l'observance. Barbara (1996) a exploré le sens donné à l'observance de manière générale (et pas seulement en lien avec des traitements médicamenteux) par six infirmières à domicile. Les données ont été récoltées par des entretiens semi-structurés et l'observation participante de visites à domicile chez 25 clients. Une des infirmières estime qu'il n'est pas de son rôle de contrôler le comportement des clients et une autre pense qu'il n'est pas possible d'attendre d'un adulte qu'il fasse tout ce qu'on lui dise. La décision d'être observant serait du ressort des clients et leur rôle à elles est de permettre à ceux-ci de faire des choix informés. Elles affirment toutes accepter que leurs patients ne soient pas totalement observants et qu'un degré acceptable d'observance est atteint si les patients ne mettent pas leur santé en danger. Les moyens cités pour promouvoir l'observance comprennent l'éducation en lien avec les médicaments, des informations écrites, l'utilisation d'un semainier mais aussi la demande au médecin d'ajuster le traitement au style de vie du client. Cela peut également passer par des encouragements ou par des avertissements sur les conséquences possibles de l'inobservance.

Impliquer le client et son entourage dans les soins afin d'augmenter l'observance

Cameron (1996) pense, à partir des écrits consultés, que les professionnels de la santé doivent impliquer les clients dans les soins et les décisions à leur sujet, ce qui augmenterait leur motivation et diminuerait l'inobservance. Il est aussi souhaitable d'intégrer les croyances, les valeurs, les représentations et les pratiques des clients concernant les médicaments dans la gestion du traitement (Donovan & al., 1992, Britten, 1994). Pour Overgaard Larsen & al. (1985), le flux d'information doit aller de celui-ci vers le professionnel et non le contraire. Tenter d'augmenter l'observance en donnant des

informations et en mettant l'accent sur une communication claire, comme c'est souvent le cas dans les écrits scientifiques infirmiers (par exemple dans Cameron, 1996) sous-entend que le client est ignorant et oublieux (Playle & al., 1998). Cette méthode s'attache davantage à neutraliser les croyances et les pratiques des clients contraires aux croyances des professionnels qu'à viser un consentement éclairé et à impliquer les clients dans la gestion de leurs traitements médicamenteux. Voyer (1999), relatant une expérience communautaire d'appropriation concernant l'utilisation des médicaments chez des personnes âgées, estime qu'il faut les impliquer davantage dans la consommation rationnelle de leurs médicaments, les valoriser, leur donner un rôle important et les soutenir dans ce rôle. Pour cela, la qualité première de l'éducateur doit être l'écoute. Selon Cameron (1996), il est aussi important d'impliquer la famille et les personnes significatives dans les soins, lorsque c'est possible et acceptable pour le client, car cela peut avoir un impact positif sur l'observance.

Education du patient et traitements médicamenteux

Les infirmières interrogées par Jordan & al. (1999) estiment que leur rôle est de donner à leurs clients des explications adéquates quant aux effets secondaires les plus communs, ce qui peut réduire l'inobservance. Rycroft-Malone, Latter, Yerrel & Shaw (2000) se sont quant à eux intéressés à l'éducation des patients concernant leur traitement, en milieu hospitalier et dans des lieux de santé communautaire. Les données ont été recueillies par l'enregistrement audio d'interactions entre infirmières et clients, l'observation non-participante, des entretiens semi-structurés avec des infirmières et des clients, l'analyse de documents et les notes de terrain des chercheurs. Les données récoltées ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique selon Morse & Field (1996). Certaines infirmières disent ne donner que des informations limitées aux clients à cause de leur grand âge ou à cause de leur maladie. Par contre, dans un hôpital de jour pour

clients ayant des troubles mentaux aigus et dans une équipe de santé mentale communautaire, l'éducation est un élément central des pratiques soignantes. Pour les auteurs, les infirmières devraient évaluer de manière compétente, continue et individualisée les besoins de leurs clients en informations et éducation. Ils préconisent l'introduction d'une philosophie des soins promouvant la continuité des soins, la relation soignant-soigné et des informations préventives expressément dirigées vers le client.

Les infirmières et les traitements anti-douleurs

La prévalence de douleurs est élevée chez les personnes âgées. Entre 25% et 86% de personnes âgées vivant à domicile ont des problèmes importants de douleur (Horgas & Tsai, 1998). Malgré le fait qu'une majorité des douleurs peut être soulagée, celle-ci est encore souvent insuffisamment prise en compte du fait de freins culturels qui sous-tendent le comportement des clients et les pratiques des soignants, ainsi que d'un déficit de formation de ceux-ci (Baszanger, 1995). De nombreuses études ont démontré que les infirmières manquent de connaissances et ont des conceptions fausses concernant le traitement de la douleur (McCaffery & Ferrel, 1997). Les infirmières ont un rôle important dans l'évaluation de la douleur ainsi que dans l'administration des médicaments anti-douleur de « réserve », c'est-à-dire prescrits à l'avance par le médecin au cas où le client serait algique.

McCaffery & Ferrell (1996) ont exploré les sources des conceptions fausses concernant les opiacés et la douleur, se demandant si les infirmières acquièrent celles-ci durant leur formation professionnelle ou si les étudiantes en soins infirmiers sont déjà porteuses de ces conceptions lorsqu'elles débutent leur formation. Ces chercheurs ont comparé un groupe de 85 étudiantes à 456 infirmières en exercice. Ils ont présenté à ces deux groupes deux situations fictives de patients ayant des douleurs similaires mais dont l'un était souriant et l'autre grimaçant. Chez le patient souriant, 8% des étudiants craignent la dépression respiratoire, 27% la tolérance, 25% la dépendance psychologique

et 12% et la dépendance physique alors que les résultats chez les infirmières sont respectivement de 16%, 11%, 17% et 5%. Chez le patient grimaçant, les résultats parmi les étudiants sont respectivement de 11%, 23%, 21% et 14% alors qu'ils sont de 16%, 6%, 15% et 4% chez les infirmières. Ces chercheurs pensent que des étudiants débutant une formation en soins infirmiers ont probablement des connaissances inexactes et des attitudes bien arrêtées sur l'évaluation et le traitement de la douleur, des craintes exagérées concernant les opiacés et une attitude générale anti-analgésique. Ainsi, tout comme le public, ils tendent à avoir des attentes basses quant aux possibilités de soulager les douleurs et tendent à éviter d'utiliser des médicaments anti-douleurs. Ces mêmes auteurs (McCaffery & al., 1997) ont exploré comment les représentations concernant la gestion de la douleur et l'utilisation d'opiacés pouvaient être influencées par le rôle assumé par des infirmières dans une situation fictive, c'est-à-dire soit dans le rôle d'une infirmière, soit le dans le rôle de membre de la famille d'un patient opéré deux jours auparavant. Les résultats ont montré que les infirmières assumant le rôle de parentes craignaient davantage la dépression respiratoire (61% vs 14%), l'accoutumance (49% vs 16%), la dépendance psychologique (12% vs 7%) et la dépendance physique (8% vs 3%). Closs (1996) a exploré les connaissances d'infirmières concernant la douleur et le traitement de celle-ci chez des personnes âgées de 70 ans et plus. Il a utilisé un questionnaire postal auprès de 208 infirmières travaillant dans quatre domaines cliniques, la chirurgie cardio-thoracique, la chirurgie orthopédique, la chirurgie générale et la gériatrie. Les infirmières ont pour la plupart exprimé des craintes que les opiacés soient associés à une dépression respiratoire significative chez des personnes âgées ayant des douleurs aiguës. En effet, 8,8% des infirmières pensent que c'était toujours le cas, 70,7% souvent, 17,8% rarement et 1% jamais. Hamers, Huijjer Abu-Saad, Halfens & Schumacher (1994) ont exploré dans deux études les représentations et les pratiques concernant les antalgiques non opiacés chez des infirmières actives auprès d'enfants ayant des douleurs aiguës. L'une des études a été faite auprès d'un échantillon de

convenance de sept infirmières et de trois infirmiers, l'autre auprès de huit infirmières et deux infirmiers. Les résultats des deux études sont similaires. Les données ont été récoltées par diverses méthodes, par des entretiens semi-structurés, l'observation des sujets et l'examen des dossiers infirmiers. Les infirmières montrent des attitudes négatives à propos des antalgiques même si elles les considèrent en général comme efficaces. Elles justifient de reporter l'administration d'antalgiques par des propos tels que « *les médicaments sont nuisibles* », « *c'est un poison* », « *les médicaments ont des effets secondaires* », « *parce que les médicaments cachent d'autres symptômes* », « *parce qu'on craint qu'un incident n'arrive* ». Par contre, dans l'étude de Nash & al. (2002), les infirmières perçoivent les antalgiques comme très bénéfiques dans la gestion de la douleur. La convalescence serait plus courte en phase post-opératoire car le client devient autonome plus rapidement, a un bien-être amélioré et la qualité des soins est perçue comme meilleure. Certaines infirmières ont dit que leurs pratiques d'administration d'analgésiques ne sont pas influencées par la crainte de la dépendance. Cependant, les chercheurs ont pu noter une anxiété persistante à ce sujet dans les propos d'autres participantes.

Antalgiques et pratiques infirmières

L'évaluation physique du patient est un facteur important dans la décision d'administrer des antalgiques (Nash & al, 2000). Des participantes à cette étude sont préoccupées par le manque d'initiative de certaines infirmières concernant les traitements antalgiques, en particulier quand cette inaction a comme conséquence potentielle, et parfois réelle, un frein à un traitement efficace de la douleur. Dans l'étude de McCaffery & al. (1997), tant les infirmières-parentes que les infirmières-rôle professionnel sont réticentes à utiliser des doses plus élevées de morphine, mais ces dernières le sont particulièrement. Certaines infirmières donnent une dose plus basse car elles désirent

pouvoir redonner une dose plus tard, au cas où la douleur ne serait pas soulagée. Willson (2000) a exploré les facteurs pris en compte dans l'administration d'antalgiques lors d'opérations du col du fémur. Dans des entretiens semi-directifs auprès de neuf infirmières dans une unité d'orthopédie, il a montré que les infirmières de nuit semblent plus soucieuses d'administrer des opiacés, surtout lorsque dans un autre but que de soulager la douleur, pour induire le sommeil par exemple. Certaines se sont opposées à cette pratique, craignant des effets secondaires, en particulier les propriétés sédatives, et disaient qu'en conséquence les clients sont plus difficiles à surveiller. Allant dans le même sens, Closs (1990), dans une étude rétrospective auprès d'un échantillon de 200 clients dans une unité chirurgicale a montré que les antalgiques avaient été administrés environ deux fois moins fréquemment la nuit que durant la journée. La plupart des infirmières dans cette étude préfèrent un « juste milieu », c'est-à-dire l'utilisation d'opiacés moins puissants ou d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens à des opiacés forts. Dans l'étude de Hamers & al. (1994), la sévérité du diagnostic semble en partie justifier l'administration d'antalgiques. Les infirmières interrogées estiment qu'il ne faut pas utiliser des médicaments en premier recours et s'abstenir si ce n'est pas nécessaire. Lorsqu'elles parlent de leur pratique, elles donnent l'impression de parler de doses importantes, disant qu'elles « bourrent » les enfants de médicaments alors qu'il ne s'agit que de paracétamol.

Synthèse

Il ressort des études effectuées auprès de profanes que les médicaments véhiculent des représentations ambivalentes quant à leurs qualités, si ce n'est souvent négatives, chargées de craintes, de méfiance et de doute. De nombreuses personnes parlent des dangers qui leurs sont liés, de leur toxicité, des effets secondaires, de leurs risques ainsi que du fait qu'ils ne sont pas naturels mais étrangers au corps. Les psychotropes sont perçus de manière particulièrement négative même s'il est admis qu'ils aident à faire face aux difficultés de la vie quotidienne. D'autres médicaments tels les vaccins et les antibiotiques ont des représentations plus positives. Quant aux anti-douleurs, en particulier les opiacés, les craintes liées à la dépendance, à l'accoutumance et à la dépression respiratoire sont très présentes, tant chez les infirmières que dans le public. Par contre, les médicaments « courants » et ceux achetés sans ordonnance sont perçus comme comportant peu de risques, familiers et leurs bénéfices sont perçus comme plus importants que leurs désavantages. Parfois les médicaments répondent au rythme de vie rapide de la société de consommation moderne et, de ce fait, doivent être facilement accessibles et agir rapidement.

Les personnes profanes ne sont pas les seuls acteurs sociaux qui élaborent des représentations sur les médicaments. Les infirmières ont également leurs propres représentations à leur sujet, ainsi que du rôle infirmier concernant les traitements médicamenteux de leurs clients, qu'elles nourrissent de leur formation et de leur pratique professionnelle mais aussi d'éléments provenant de leur vie privée. Seules quatre études recensées explorent les représentations sociales des infirmières au sujet de certains médicaments ; Knudsen Stromme & al. (1993a) sur les effets secondaires des médicaments des personnes âgées à domicile ; McCaffery & al. (1996-1997) et Nash & al.(2002) sur les opiacés ; et Hamers & al. (1994) sur les antalgiques non-opiacés. Par contre, les écrits recensés traitant des représentations sociales du rôle infirmier

concernant les traitements médicamenteux des clients sont plus nombreux. L'administration de médicaments est une activité infirmière courante, liée étroitement à l'identité professionnelle des infirmières et qui comprend des responsabilités importantes. Plusieurs études ont montré que celles-ci considèrent qu'il est très important de ne pas faire d'erreurs de médication. Un autre aspect du rôle infirmier est la surveillance des effets des médicaments. Cela est particulièrement important dans la pratique à domicile auprès de personnes âgées car celles-ci prennent souvent de nombreux médicaments et sont davantage susceptibles de souffrir d'effets indésirables. Promouvoir l'observance thérapeutique et faire de l'éducation en lien avec leurs traitements est une autre facette importante du rôle infirmier. Enfin, il apparaît que les infirmières sont souvent excessivement préoccupées par les risques de dépendance, d'accoutumance et de dépression respiratoire liés aux opiacés et que cela risque d'influencer leurs pratiques dans l'administration d'antalgiques.

La chercheuse va maintenant présenter le concept de représentations sociales choisi comme cadre théorique de référence pour cette recherche dont les objets, les médicaments et le rôle infirmier les concernant, ont à la fois une dimension individuelle et une dimension sociale.

LE CADRE THEORIQUE DE REFERENCE

La théorie des représentations sociales

C'est Moscovici, dans « La psychanalyse, son image et son public » (1961), qui a élaboré le premier le concept de représentation sociale, un concept clef en sciences sociales, en particulier en psychologie sociale. La notion de représentation sociale sert à comprendre et à donner un sens, une signification, aux événements et idées auxquels les individus sont confrontés, à se situer par rapport aux questions qu'on se pose par rapport au monde, l'histoire, la science ainsi qu'à maîtriser l'environnement, « à agir sur le monde et autrui » (Jodelet, 1997, p. 61). Elle permet aussi de donner un sens au comportement de l'individu ou du groupe.

La représentation a un contenu se rapportant à un objet qui peut être de toute nature mais elle est aussi la représentation sociale d'un sujet, qui peut être une personne, un groupe, une famille, en rapport à un autre sujet. Donc, « toute représentation sociale est représentation de quelque chose et de quelqu'un » (Jodelet, 1996, p.363). Il n'y a pas de limite distincte entre le sujet et l'objet et c'est la relation sujet-objet qui détermine l'objet lui-même (Albric, 1997). Ce chercheur pose qu'il n'existe pas de réalité objective mais que toute réalité est représentée, appropriée et restructurée et constitue ainsi la réalité pour l'individu et le groupe. Ainsi, les infirmières, si elles ne sont pas conscientes que leurs représentations ne sont pas *la réalité* objective mais *leur réalité*, risquent de les projeter sur leurs clients.

La représentation permet à la fois une intégration des caractéristiques objectives de l'objet mais aussi des expériences antérieures du sujet et de son système d'attitudes et de normes (Albric, 1997). Les informations puisées dans la réalité sont sorties de leur contexte qui est ensuite oublié (Jodelet, 1996). Elles font alors l'objet d'un tri selon des critères culturels et normatifs puis elles sont reconstruites dans une logique qui est

souvent différente de la logique de départ. Le sujet compare l'objet à ce qu'il connaît le mieux et il le classe dans sa hiérarchie de valeurs, par « *un système d'anticipation et d'attentes* », par une sélection, un filtrage et une interprétation de la réalité qui vise à rendre celle-ci conforme à la représentation (Albric, 1997).

Les représentations sociales ont une composante cognitive et une composante sociale, ce qui fait leur spécificité par rapport aux autres productions cognitives (Albric, 1994). Elles sont donc soumises à une double logique, cognitive et sociale. Albric estime que :

la coexistence de ces deux logiques permet de rendre compte et de comprendre par exemple pourquoi la représentation intègre à la fois du rationnel et de l'irrationnel, tolère et intègre des contradictions apparentes. Mais ces contradictions ou illogismes ne sont en fait qu'apparents, car nous pensons qu'une représentation est bien un ensemble organisé et cohérent. Ce sont les règles de ce fonctionnement spécifique qui sont à découvrir et qui sont à l'intersection des processus cognitifs et de la logique sociale (1994, p.4).

Les représentations sociales dépendent étroitement de la position socioculturelle du sujet car chacun voit la réalité à travers le filtre de ses représentations préexistantes ainsi que celles de son groupe social. Cela conduit à classer la même information de diverses manières, ce qui introduit un certain parti pris dans la manière de regarder les choses, d'assimiler ou de rejeter une information qui ne correspond pas aux représentations préexistantes. Les représentations sont sociales, collectives, en ce qu'elles sont partagées par une population homogène, par un même groupe. Il s'agit « *d'une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 1997, p.53) qui peut entrer en conflit avec celle d'autres groupes. Pour Albric, « *la représentation est informative et explicative de la nature des liens sociaux, intra et inter-groupes, et des relations des individus à leur environnement social. Par là, elle est un élément essentiel dans la compréhension des déterminants des comportements et des pratiques sociales* » (1997, p.18). Les infirmières à domicile ont probablement certaines représentations sociales des médicaments et du rôle infirmier les concernant ayant un

caractère relativement consensuel et homogène. La confrontation de ces représentations à celles d'autres groupes sociaux, en particulier leurs clients, peut provoquer de l'incompréhension ou des conflits entre les infirmières et ceux-ci.

Pour Albric, les représentations sociales sont « *à la fois stables et mouvantes, rigides et flexibles* » (1994, p.77). Leur deuxième caractéristique est qu'elles sont « *à la fois consensuelles mais aussi marquées par de fortes différences interindividuelles* » (1994, p.78).

Les fonctions des représentations sociales

Les représentations sociales ont quatre types de fonctions; les fonctions cognitives, de savoirs; les fonctions identitaires; les fonctions d'orientation et de prescription de comportements; les fonctions affectives et de justification (Albric, 1997).

Par leurs fonctions cognitives, de savoirs, les représentations sociales permettent aux acteurs sociaux d'appréhender leur environnement, de comprendre et d'expliquer la réalité, « *d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre assimilable et compréhensible pour eux, en cohérence avec leur fonctionnement cognitif et les valeurs auxquelles ils adhèrent* » (Albric, 1997, p.16), de définir le cadre de référence commun qui permet l'échange social et la communication. Par leurs fonctions identitaires, les représentations sociales permettent aux individus et aux groupes de se situer dans le champ social et d'élaborer « *une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est à dire compatible avec les systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés* » (Mugny et Carugati, 1985, p.183). La référence à des représentations qui définissent l'identité du groupe joue un rôle important dans le contrôle social exercé sur chacun de ses membres, en particulier dans les processus de socialisation. Ainsi, pour les infirmières, la référence à des représentations communes va renforcer la cohérence, l'identité et la promotion du rôle professionnel tels que celles-ci le perçoivent. Selon

Arndt (1994-b), l'image que les infirmières ont d'elles-mêmes est influencée par les valeurs instillées durant la formation professionnelle, mais aussi par l'opinion des autres infirmières et du public. Par leurs fonctions d'orientation, les représentations sociales guident les comportements et les pratiques et interviennent dans la définition de la finalité de l'action. Divers éléments interviennent « *dans la démarche cognitive adoptée par le groupe ainsi que dans la manière dont il se structure et communique, et cela indépendamment de la réalité « objective » de la tâche* » (Albric, 1997, p.17) ; la représentation de la tâche, la représentation de soi, la représentation du groupe ou de l'autre groupe (Albric, 1997), la position de l'objet dans l'échelle de valeur du sujet (Jodelet, 1996). Ainsi, les représentations des médicaments et des soins qui leurs sont liés, mais aussi les représentations des divers acteurs dans les situations de soins vont intervenir dans la pratique infirmière. La représentation est aussi prescriptive de comportements et de pratiques obligés, définissant ce qui est permis et ce qui est inacceptable, étant le reflet des règles et des liens sociaux. Par leurs fonctions affectives et de justification, les représentations permettent aux individus de défendre leurs prises de positions et leurs comportements en répondant aux questions qui leur sont posées. Elles donnent du sens, font plaisir, rassurent, diminuent l'angoisse. Elles interviennent en particulier lors d'interactions avec un autre groupe, par le maintien ou le renforcement de la position sociale du groupe concerné, la justification et la pérennisation de la différence sociale.

Les infirmières peuvent être touchées affectivement par ce qu'elles vivent dans le cadre de leur pratique professionnelle et ces fonctions des représentations sociales les aident à donner du sens à ces situations.

Ainsi, le concept des représentations sociales permet d'appréhender à quel point tout acteur social a besoin de comprendre et de donner un sens aux activités qu'il accomplit et aux événements auxquels il est confronté. La pratique infirmière est par excellence une pratique complexe et riche de besoin de sens pour ses actrices. Les

situations auxquelles les infirmières sont confrontées quotidiennement, la santé, la maladie, les traitements, les soins, la souffrance et la mort, sont porteuses de charges symboliques, psychologiques et émotionnelles très importantes. Ainsi, les fonctions des représentations sociales, les fonctions cognitives, identitaires, d'orientation, affectives et de justification leurs permettent de donner du sens et une certaine stabilité au monde des soins infirmiers et de les aider à bien vivre en son sein.

CHAPITRE III
LA METHODE DE RECHERCHE

Devis de recherche

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire descriptive, basée sur dix entretiens semi-directifs d'infirmières à domicile, se référant à la théorie des représentations sociales. Cette méthode est la plus appropriée compte tenu de l'état des connaissances sur les représentations des médicaments des infirmières à domicile et du cadre théorique choisi.

Echantillon et recrutement

Dix infirmières, travaillant en tant que soignantes à domicile au moment de l'étude, ont été recrutées. Celles-ci travaillent auprès de la clientèle des Centres d'action sociale et de santé (CASS), qui sont des centres de quartier ou communaux d'aide sociale et d'aide et de soins à domicile au service de la population genevoise. Le seul critère d'inclusion a été leur ancienneté à la FSASD: elles devaient y travailler depuis au moins une année, afin qu'elles aient déjà une certaine expérience des soins à domicile tels qu'ils y sont pratiqués.

L'échantillonnage a été de type accidentel. Plusieurs appels ont été faits au sein de l'institution pour que des infirmières volontaires, d'accord de participer à l'étude, se manifestent en contactant directement la chercheuse par téléphone. Celle-ci leur a d'abord expliqué verbalement en quoi consistait l'étude. Puis elle leur a fait parvenir une feuille d'information (annexe 1) afin qu'elles aient tout loisir de la lire avant l'entretien. La chercheuse leur a garanti que les entretiens resteraient anonymes et confidentiels et que les enregistrements seraient détruits à la fin de l'étude. Enfin, avant l'entretien, elle s'est assurée que les infirmières possédaient toutes les informations nécessaires et désirées, puis elle leur a demandé de signer un formulaire de consentement (annexe 2), leur précisant qu'elles pouvaient se retirer de l'étude à n'importe quel moment.

La chercheuse a choisi de n'interroger que des femmes en raison de l'héritage socioculturel et historique des rôles féminins et masculins dans les sociétés occidentales, qui marquent actuellement encore très fortement la profession infirmière. Des données démographiques concernant les dix infirmières interrogées sont présentées ci-dessous.

Tableau 1

Données socio-démographiques des infirmières interrogées

<u>Données socio-démographiques</u> (N=10)	<u>Description</u>	<u>Moyenne</u>
Etat civil	Mariées : 5 Divorcées : 5	
Enfants	Un ou plus: 9 Aucun: 1	2,4 enfants
Age moyen	Entre 37 et 58 ans	45,8 ans
Ancienneté dans la profession	Entre 11 ans et 27 ans	22,7 années
N'ont pas travaillé dans un hôpital de soins aigus depuis *	Entre 1 et 25 ans	10,7 années
N'ont pas suivi de cours de pharmacologie depuis*	Entre 7 ans et 27 ans	18,4 années
Ancienneté à la FSASD *	Entre 1 an et 10 ans	5,1 années

* Ces données ont été récoltées après les entretiens, au moment de l'analyse des résultats, pour étayer certaines interprétations. Une des infirmières incluses dans l'étude n'a pas pu être jointe (N=9).

Collecte des données

Un entretien semi-directif d'une durée d'environ 50 minutes (entre 35 min. et 66 min.) a été effectué avec chaque infirmière. Les dix entretiens ont été enregistrés sur minidisc et transcrits au verbatim afin d'en faciliter l'analyse.

Les infirmières étant « dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir par l'intérieur, par le biais du système de valeurs des individus » (Kaufmann, 1996, p.23), l'entretien semi-directif a paru à la chercheuse comme la méthode la plus judicieuse pour y accéder. La chercheuse a expliqué aux participantes que l'objet de l'entretien était leurs représentations des médicaments et de la place qu'ils occupaient dans les soins à domicile, précisant qu'il ne s'agissait en rien de l'exploration de leurs connaissances ou d'aspects normatifs liés au rôle infirmier. Un climat de confiance a contribué à ce que les infirmières aient envie de parler et parviennent à exprimer un contenu riche et intéressant.

Tous les entretiens ont débuté avec la même question: « Ce qui m'intéresse c'est de voir votre vision, votre perception des médicaments, comment vous, vous voyez les médicaments ». Pour permettre aux infirmières de s'impliquer de manière profonde dans l'entretien, il était important de les laisser suivre le fil de leurs idées. La chercheuse a utilisé la re-formulation pour approfondir certaines pistes ou pour clarifier la signification de certains termes ou de certaines phrases. Elle a respecté le rythme des participantes et n'a mis fin à l'entretien que lorsqu'elles pensaient avoir fait le tour de la question.

Instrument de collecte

Un guide d'entretien (annexe 3) basé sur le cadre théorique des représentations sociales a été utilisé de façon souple, afin de créer une dynamique qui n'est pas faite de simples réponses à des questions, plus proche d'une conversation favorisant l'expression d'un contenu approfondi. Le guide d'entretien a été constitué par les thèmes que la

chercheuse désirait aborder, lui servant d'aide-mémoire et favorisant l'émergence d'un ensemble cohérent.

Analyse thématique

Les dix entretiens enregistrés et transcrits au verbatim ont fait l'objet d'une analyse thématique visant à mettre en évidence les représentations des médicaments et leur place dans les soins des infirmières à domicile. L'analyse thématique déconstruit chaque discours et découpe transversalement les entretiens à partir de thèmes et de catégories (Blanchet et Gotman, 1992). Pour ces auteurs, cette méthode « ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien et cherche une cohérence thématique inter entretiens » (1992, p.98). Selon Bardin (1998), la catégorisation peut employer deux démarches très différentes : (a) le système de catégories est pré-établi et les éléments sont répartis de la meilleure façon possible au fur et à mesure qu'ils apparaissent. Cette démarche est utilisée lorsque l'organisation du matériel découle directement des hypothèses et de la problématique théorique ; (b) le système de catégories n'est pas donné au départ par le chercheur mais est tiré du matériel recueilli ; il découle de la classification analogique et progressive des éléments. La chercheuse a choisi d'utiliser cette dernière démarche, étant donné l'aspect exploratoire de cette étude.

L'analyse thématique s'organise en trois phases: la pré-analyse; l'exploitation du matériel; le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation (Bardin, 1998). La pré-analyse est une phase d'organisation. Dans un premier temps, la chercheuse a effectué une lecture « flottante » des entretiens, laissant venir à elle des impressions, des orientations. Elle a cherché à comprendre de l'intérieur la parole de la personne interrogée, par une « *immersion dans le monde subjectif d'autrui* » (Bardin, 1998, p.96).

Dans la phase d'exploitation du matériel, les données ont été classées par unité de sens constituant des thèmes (Bardin, 1998). Le travail a consisté à repérer des « noyaux

de sens » contenus dans le texte et dont la présence et la fréquence sont significatives. Les entretiens ont été découpés en un certain nombre de thèmes principaux et de sous-thèmes permettant une description précise de leur contenu. Ce découpage a privilégié le sens et non la forme, en relation avec le niveau d'analyse comme le recommande Bardin (1998). Les phrases ou les paragraphes, unités de discours, ont été classées dans des catégories en fonction de leurs caractéristiques communes et de leurs analogies (grille d'analyse : annexe 4). La référence aux unités de contexte, qui sont des segments du texte de taille supérieure à l'unité d'enregistrement, a été d'une grande utilité afin de comprendre la signification de celle-ci.

Les catégories respectent les qualités suivantes : l'exclusion mutuelle, chaque élément ne pouvant être classé dans plusieurs catégories ; l'homogénéité, l'intégration d'une dimension d'analyse dans un même ensemble de catégories ; l'exhaustivité, le contenu qu'on décide de classer doit l'être entièrement ; la pertinence, les catégories devant être adaptées au matériel d'analyse choisi et au cadre théorique choisi ; l'objectivité/fidélité, les caractéristiques des catégories devant être claires afin que différents codeurs classent les mêmes éléments dans les mêmes catégories.

Traitement des résultats et interprétation

Les représentations des “ médicaments ” et du “ rôle infirmier en lien avec les traitements médicamenteux des clients ” ont été les thèmes pivots autour desquels s'est organisée l'analyse.

Une interprétation des fonctions des représentations sociales sur le plan de la dynamique psychique intra-personnelle des infirmières a été tentée. En effet, l'intrication des représentations ordinaires et professionnelles formant leurs représentations peut être en accord ou en désaccord avec la réalité quotidienne de leur rôle tel qu'il est prescrit. Il apparaît intéressant de voir si les infirmières interrogées vivaient des phénomènes de

dissonance cognitive (selon la théorie de Festinger, 1957) comme ils sont évoqués dans la recension des écrits sur la douleur, par exemple. Lorsqu'une infirmière reconnaît une douleur comme sévère, qu'elle se sent responsable de l'alléger mais ne le fait pas ou ne peut pas le faire (McCaffery & coll., 1997), elle est en conflit avec elle-même.

Critères de scientificité

Les critères de scientificité auxquels répond cette étude sont la transférabilité (l'étude pourrait être reproduite avec une même clientèle ou une autre clientèle), la constance interne (un chercheur qui n'a pas travaillé sur le terrain procédant à une analyse des données, utilisant la même grille catégorielle parviendrait à une même catégorisation des unités de discours), la validité de signifiante (utiliser la re-formulation pour vérifier la bonne compréhension des termes utilisés par l'informatrice) et la fiabilité (être le plus conscient possible de ses propres idées et opinions et chercher constamment à comprendre leur influence possible sur les analyses et les interprétations) (Pourthois et Desmet, 1997).

Considérations éthiques

Afin d'obtenir l'autorisation d'effectuer des entretiens au sein de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD), employeur des infirmières à domicile, un contact a été pris avec la directrice du Département « Aide et soins » de cette institution. L'autorisation d'effectuer des entretiens a été accordée à la chercheuse.

L'anonymat et la confidentialité ont été garantis à toutes les participantes. Les entretiens enregistrés ont été conservés sous clef le temps de l'étude et seront détruits.

Le projet a été approuvé par le comité multidisciplinaire d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal (annexe 5).

CHAPITRE IV
LES RESULTATS

Les représentations sociales des médicaments

Ce chapitre est divisé en deux grandes parties : les représentations sociales des médicaments et celle du rôle infirmier en lien avec les médicaments. Il se termine par une synthèse de l'ensemble des résultats.

Cette première partie répond à la première question de recherche : quelles sont les représentations sociales des médicaments chez des infirmières à domicile ? Elle est divisée en trois sous-chapitres qui sont (a) les représentations en général, (b) pour les clients des infirmières à domicile et (c) pour elles-mêmes et leurs proches. Les représentations des médicaments portent sur différentes catégories qui sont (a) l'allopathie (dont les vaccins), (b) les médicaments homéopathiques et à base de plantes, (c) les vitamines et les oligo-éléments (dont les compléments alimentaires), (d) l'hygiène de vie et l'alimentation et (e) les méthodes non-médicamenteuses.

Prendre en compte les représentations de l'état de santé des personnes citées dans les discours des infirmières est indispensable pour donner sens aux représentations des médicaments. Six catégories portant sur l'état de santé ont émergé des entretiens. Ces catégories, à part la première qui concerne les personnes en bonne santé, sont déterminées par deux éléments essentiels, l'importance du problème de santé (grave ou pas grave), et sa durée (aiguë, plutôt déterminée, ou chronique, plutôt indéterminée). Il s'agit de (a) être en bonne santé (qui inclut la fatigue et les questions en lien avec l'immunité), (b) les maladies aiguës, graves, qui menacent la vie, déterminées, (c) les maladies aiguës pas graves, (d) les maladies chroniques, graves, indéterminées, (e) les maladies chroniques, pas graves, indéterminées et (f) les maladies chroniques, graves, de la fin de vie, plutôt déterminées.

Les infirmières parlent de trois groupes de personnes en particulier. Il s'agit du public en général, de leurs clients et d'elles-mêmes et de leur proches.

Représentation des médicaments en général

Représentations des médicaments allopathiques en général.

Des substances chimiques actives. Les substances constituantes des médicaments sont l'élément essentiel de ceux-ci, ils **sont** les médicaments et ils sont appelés à faire intrusion dans le corps afin d'y avoir l'effet escompté. Les médicaments allopathiques sont perçus comme des produits chimiques, en opposition aux produits homéopathiques et à base de plantes qui sont considérés comme plus naturels. Afin d'être considérés comme des médicaments, ces substances se doivent d'être actives et d'avoir un effet supérieur à l'effet placebo. *« Je crois que ce qui est un médicament, c'est ce qui a un effet réel supérieur à l'effet placebo de la même chose donnée au départ. Je crois que c'est ça, quand on fait des tests sur les médicaments, on accepte un médicament en tant que tel quand il a un effet supérieur à l'effet placebo qu'il est censé avoir ».* Le mode de fonctionnement à l'intérieur du corps est un point clef des représentations des médicaments. *« Ce n'est pas du tout mystérieux, c'est tout à fait contrôlé, médicalement. On sait que ça passe dans le sang, que c'est métabolisé, que c'est éliminé par le foie ou par les reins ou par la respiration. Non, pour moi ce n'est pas du tout mystérieux, alors pas du tout. C'est chimique, ce n'est pas du tout mystérieux, rien ne se perd, rien ne se créer, tout se transforme ».* Savoir ou ne pas savoir a une incidence sur les représentations. *« Quand je prends ton bras, c'est toi qui es en face de moi, je te pose une voie veineuse, je sais comment j'ai désinfecté, je sais comment j'ai mis le catheter dans ton bras, mais le médicament là, je ne l'ai pas fabriqué, je ne sais pas comment ton corps va réagir à ça ».*

Un progrès pour l'humanité, mais pas toujours. Les médicaments sont considérés comme un bienfait pour l'humanité, un progrès, comparé à autrefois, lorsqu'ils n'existaient pas encore. *« En général c'est une bonne chose, en tout cas en l'état actuel des choses. On a eu beaucoup de progrès au niveau des médicaments et c'est un progrès au sens propre du terme, ça permet aux gens de vivre plus longtemps et de vivre mieux. Donc c'est un acquis, pour l'humanité en général et pour nous en tant que professionnels*

et pour nos clients en particulier ». Mais la notion de progrès et la recherche qui y est liée est une réalité à deux faces. Il y a des médicaments qui étaient considérés comme bons et efficaces hier, tels les hormones pour favoriser la croissance des enfants, et qui leur ont transmis une maladie mortelle, et ne le sont plus aujourd'hui. Ceux qui sont utilisés aujourd'hui le seront-ils encore demain ?

Par leur action, leurs effets sur la santé. Les données sur les médicaments ont permis de dégager six types de représentations des effets des médicaments sur la santé des individus qui (a) sont préventifs, (b) permettent une guérison, un rétablissement de la santé, traitent le terrain, le fond, la cause du mal, à long terme, (c) permettent aux gens de survivre à des maladies, de vivre plus longtemps, (d) ont une action positive, permettent une amélioration, de vivre mieux, font du bien, (e) calment les symptômes, permettent à la personne de continuer à fonctionner, de maintenir son état de santé, pour les maladies chroniques et (f) ont une action palliative, calment des symptômes graves, permettent à la personne de continuer à fonctionner, plutôt en fin de vie. *« Un moyen de soigner des pathologies, un moyen de guérir certaines maladies et d'atténuer les effets secondaires d'autres maladies et les médicaments des soins palliatifs qui permettent de maintenir une vie acceptable quand on ne peut plus soigner efficacement ».*

Prendre des médicaments n'est pas forcément une bonne chose. Ce que disent les infirmières de la prise de médicaments est très révélateur de leurs représentations de ceux-ci. Il existe une réelle ambivalence à l'égard de la prise de médicaments allopathiques, y compris les vaccins. *« Je ne trouve pas ça bien de prendre des médicaments, c'est mieux d'éviter. Mais je trouve normal, bien, de se soigner quand on a une pathologie quelconque ».*

Représentations des médicaments homéopathiques et à base de plantes en général. Les médicaments homéopathiques et à base de plantes ont été classés dans la même catégorie car les infirmières parlent souvent d'eux dans des mêmes phases de leurs

discours. Certaines de leurs représentations se situent en miroir de celles liées à l'allopathie.

Ces médicaments sont à utiliser en complément de l'allopathie. Aucune des infirmières interrogées ne perçoit ces médicaments comme aptes à traiter tous les problèmes de santé. Les représentations de leurs utilisations sont favorables ou défavorables selon les circonstances.

Ils ne sont pas adéquats pour les maladies graves. La capacité des médicaments allopathiques à traiter les maladies graves apparaît « en creux », lorsque émergent des représentations de l'homéopathie et de la médecine à base de plantes comme inadéquats pour traiter ces maladies. « *On ne va pas guérir une pneumonie avec l'homéopathie* ». Cette notion apparaît aussi dans le discours concernant les infirmières et leurs proches.

Ils sont moins forts que les médicaments allopathiques. La puissance, la brutalité et la nocivité de l'allopathie apparaissent aussi « en creux » par la description de l'homéopathie et de la médecine à base de plantes en tant que médecines douces. « *Alors on dit que ça tape moins lourd et moins fort. Ça j'avoue que je ne sais pas. Effectivement l'homéopathie, c'est des doses tellement infinitésimales qu'on peut se dire que c'est moins nocif pour le corps* ».

Il y a doute de leur efficacité. Ces médicaments véhiculent des représentations de douceur, de nature, d'absence d'agressivité mais aussi d'absence de rationalité, antagonistes aux représentations de l'allopathie chimique rationnelle qui subit avec succès le test contre placebo. Cela influence les représentations de leur efficacité, sur laquelle plane un doute. Une infirmière a dit des médicaments allopathiques qu'ils ont un effet supérieur à leur effet placebo. Par contre, pour les médicaments homéopathiques, la référence même à l'effet placebo exprime ce doute quant à leur efficacité, par exemple quand une infirmière dit qu'il faut y croire pour que ça marche. Par contre, la preuve de l'absence d'effet placebo peut convaincre de leur efficacité. « *Un médecin homéopathe nous a expliqué le fonctionnement des médicaments homéopathiques et j'ai mieux*

compris et je pense que ça peut marcher. « Ce qui m'a le plus convaincu, c'est qu'il soigne par homéopathie des animaux et que ça marche. Et il nous avait raconté un truc qui m'est resté, un troupeau de cochons qui avaient la diarrhée et il avait traité par homéopathie les cochons et en deux jours, les cochons étaient guéris. Et je me suis dit, là il n'y a pas d'effet placebo. Parce qu'avant je pensais qu'il n'y avait qu'un effet placebo dans les médicaments homéopathiques. Mais il n'y a pas d'effet placebo avec les animaux. Et je me suis dit, si ça marche comme ça avec les animaux, peut-être qu'effectivement, ça a un effet réel chez les humains ».

Représentations des vitamines et oligo-éléments en général. Cette catégorie de médicaments permet de promouvoir une bonne santé, de prévenir et de faire face à la fatigue (des clients et des infirmières) et à améliorer le système immunitaire, en particulier avant l'hiver (des infirmières et de leurs enfants). Ces substances se trouvent à la limite entre ce qui est un médicament et ce qui ne l'est pas, une limite floue. En effet, les vitamines peuvent être considérées comme faisant partie d'un régime alimentaire équilibré tout en ayant la forme galénique des médicaments. Etant donné que leur efficacité n'est pas certaine, il est indispensable qu'ils n'aient pas d'effets secondaires. Le mode d'administration peut influencer leur représentation. Lorsque les vitamines sont « médicalisées » par un soin technique, en l'occurrence une injection, ils deviennent avec certitude des médicaments.

Représentations des médicaments pour leurs clients

Représentations des médicaments allopathiques pour leurs clients. Les clients dont parlent les infirmières comprennent (a) leurs clients à domicile, (b) plus rarement des clients soignés lors d'une pratique antérieure et (c) des clients de manière générale. Les représentations des médicaments de leurs clients renvoient clairement au profil de ceux-ci, pour la plupart des personnes âgées. L'avance en âge ne représente pas une maladie en soi mais un stade de la vie dans lequel la santé des clients peut être considérée comme « normalement » affectée par leur âge. Cependant, les représentations liées aux personnes âgées sont caractérisées par deux éléments dominants: la prévalence importante des maladies chroniques et la proximité plus ou moins grande de la mort. La présence de maladies chroniques implique pour le soignant comme pour le client de renoncer à l'idée de guérison. Cela est déterminant dans la formation des représentations sur les possibilités de traitements et d'utilisation des médicaments chez les personnes âgées. *« Moi, je m'en rends compte, on distribue des médicaments, enfin pour les personnes âgées. Oui, ça leur permet de tenir encore quelque temps »* et qui souffrent de maladies chroniques ; *« C'est clair que ce sont des traitements qui sont nécessaires pour moi, c'est comme une canne qui leur permet de marcher d'une manière un peu plus, de mieux avancer »*.

Il y a un certain nombre de représentations favorables aux médicaments allopathiques.

Certains médicaments sont indispensables pour leurs clients. Dans le discours des infirmières apparaissent des médicaments dont l'utilité n'est pas mise en doute. Il s'agit en particulier de ceux qui ont une incidence sur le pronostic vital de leurs clients, qui concernent des organes vitaux tels les systèmes cardio-vasculaire, pulmonaire et endocrinien et sur leur qualité de vie. *« Et puis bien sûr, les gens qui sont diabétiques, de leur conseiller la régularité dans la prise d'un médicament. Pour beaucoup de pathologies, c'est vrai que c'est indispensable. Les gens qui ont des problèmes*

cardiaques, qui prennent régulièrement leurs médicaments, les gens qui ont des insuffisances respiratoires, de faire régulièrement leurs aérosols, parce que c'est quelque chose qui soulage aussi, qui apporte un confort. Alors souvent j'essaie de les amener à être réguliers dans leur prise de médicaments en démontrant le confort que ça peut leur amener, non pas la guérison forcément du tout, mais un confort dans la vie de tous les jours». Il y a aussi le vaccin contre la grippe car cette maladie est considérée comme grave chez les personnes âgées. « Je conseille le vaccin contre la grippe aux personnes âgées, aux personnes qui ont des problèmes cardiaques ou de déficience physiologique, mais sinon, non. Je ne me vaccine pas moi. Donc je ne conseille pas des choses que je ne fais pas. Mais les personnes qui sont âgées, oui, je leur conseille. Je pense que j'ai suffisamment de défense pour ne pas en mourir, parce que malgré tout, c'est quand même une maladie dont on meurt encore bêtement, tous les ans».

Les antalgiques sont des médicaments essentiels. La catégorie des antalgiques apparaît très souvent dans le discours des infirmières. Leurs représentations en tant que médicaments essentiels émergent surtout « en creux », par la critique de l'insuffisance de leur prescription, et non par la description de leurs qualités. « *Ils ont du Daphalgan simplement, et souvent j'ai eu affaire à des personnes souffrant de douleurs vraiment inconfortables. Et quand on appelait l'ophtalmologie pour le signaler, « mais non, ça ne doit pas faire mal ». Ils ne doivent pas avoir mal. Alors parce qu'ils ne doivent pas avoir mal, on ne donne pas de traitement».* Il y a très peu de représentations défavorables à leur égard. La dépendance et l'accoutumance sont rarement cités.

D'autres représentations sont ambivalentes face aux médicaments allopathiques.

Les médicaments ont une efficacité incertaine. L'efficacité des médicaments, c'est-à-dire l'obtention des résultats attendus, donne tout son sens à leur existence, et surtout à leur consommation. Certains médicaments ont l'effet escompté et sont

considérés comme efficaces, alors que d'autres génèrent beaucoup de doutes, leur efficacité pouvant être irrégulière, incertaine, insuffisante. *« Est-ce qu'il y en a qui ne sont pas efficaces ? Il faut que je réfléchisse. Il y en a probablement oui, mais là, juste maintenant, je ne vois pas. Normalement, s'ils ont été mis sur le marché, c'est qu'ils ont un effet supérieur à l'effet placebo. Donc on peut espérer qu'il n'y en a pas trop qui ne servent à rien »*. Enfin, certains médicaments ne produisent pas l'effet espéré sur la santé des clients et sont considérés comme inefficaces.

Il est difficile de voir leurs effets. L'incertitude quant à l'efficacité des médicaments semble renforcée s'il est difficile de voir leurs effets. *« Ce n'est pas toujours évident de voir les effets positifs. C'est vrai qu'on peut les voir par rapport à la tension, si la tension diminue, forcément que le médicament a fait son effet. Mais pour d'autres pathologies, à notre niveau c'est un peu difficile de voir le positif ou le négatif. Si, le négatif un peu plus, parce que les gens le disent quand ils ne se sentent pas bien mais les effets positifs ? Oui, peut-être par rapport à la douleur. Moi, je dirais qu'il y a certains médicaments qu'on peut évaluer assez facilement et puis il y en a d'autres où on ne saura jamais si ça a été vraiment efficace ou pas. Oui, je pense pour les antalgiques, au moins on est sûr si ça fait effet ou pas »*.

Les médicaments inefficaces sont inutiles. La notion d'efficacité introduit l'idée que si les médicaments sont inefficaces, ils sont inutiles et qu'alors il ne faut ni les prescrire ni les prendre. *« Il faut surveiller si ça marche ou si ça ne marche pas. Si ça ne marche pas, ce n'est pas la peine de le prendre. Inutile de prendre des médicaments qui ne servent à rien »*.

Les nouveaux médicaments ne signifient pas forcément progrès, ni pour les clients, ni pour la pratique infirmière. Les représentations des médicaments peuvent dépendre de leur ancienneté. Les médicaments connus depuis longtemps sont perçus comme efficaces et rassurants du simple fait qu'ils sont familiers. Les représentations quant aux bénéfices liés aux médicaments nouvellement arrivés sur le marché sont plus

mitigées. Du fait de leur nouveauté, leurs effets, et en particulier leurs effets secondaires et indésirables, sont mal connus ou inconnus des infirmières, ce qui a des incidences sur leur pratique. *« Il y a certains médicaments qu'on connaît depuis longtemps et qui font effet comme par exemple le Paracétamol, où là c'est évident quand on voit les effets, d'une manière générale. (...) Et puis d'autres médicaments qui ne sont pas vraiment efficaces et qui sont encore au stade de l'étude. Je pense surtout, enfin en tout cas dans les soins à domicile, où chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, on utilise l'Aricep. Et franchement, c'est vrai que ça ne fait pas des années et des années que je fais des soins à domicile, mais je ne trouve pas que ça soit efficace (...) Franchement je ne vois pas de différences notables chez les différents patients chez qui est prescrit ce médicament. Donc je pense que d'un côté on est sûr des effets de certains médicaments, d'autre part, il y en a qui sont au stade d'essai, voir inefficaces, enfin, de ce qu'on peut constater sur le terrain ».*

De ces représentations dépendent les représentations de la pertinence de leur prescription. Certains médicaments, parfois les antalgiques, mais plus particulièrement les psychotropes, sont considérés tantôt comme importants, tantôt comme moins nécessaires ou même superflus.

Enfin, des représentations défavorables aux médicaments allopathiques ont émergé de manière importante.

Les médicaments allopathiques sont trop forts. Les médicaments allopathiques sont souvent considérés comme forts, puissants, ce qui peut contribuer à leur efficacité mais aussi présager un impact défavorable sur la santé. *« Bon, il y a les gros médicaments avec lesquels on fait des chocs anaphylactiques, les antibiotiques, les choses comme ça ».* Pour cette infirmière qui parle des opiacés et qui en administre régulièrement, le problème ne se situe pas dans le médicament lui-même mais dans la forme galénique qui est trop

forte. Mais on peut percevoir en arrière plan la représentation de la morphine. *« Il y a ces dosages comme les patchs Durogésic qu'on met, qui sont fort dosés, parce que c'est des 25 mg. Et puis souvent on les donne un peu trop tôt, ou les gens ne sont pas habitués à la morphine. Alors là il y a des réactions. »*

Les médicaments ont des effets secondaires et indésirables. Les effets secondaires et indésirables sont très présents à l'esprit des infirmières. Médicaments et effets secondaires sont souvent indissociables. Leurs perceptions sont divergentes, au niveau de leur importance et de leur qualité. Il y aurait peu ou rarement des effets secondaires avec certains médicaments, chez certaines personnes et pas chez d'autres. Mais ils peuvent aussi être très graves et mettre la vie en danger. *« Des effets secondaires, il y en aura toujours, mais on ne peut pas tout avoir. C'est les inconvénients des médicaments. C'est comme prendre des antibiotiques. D'accord, ça fait du bien, ça provoque des diarrhées, ça provoque des nausées, ça éteint l'incendie d'un côté et ça l'allume d'un autre côté. Mais des fois, de deux maux, il faut choisir le moindre. Est-ce qu'on veut laisser mourir la personne avec une septicémie ou bien on peut se permettre qu'elle ait des nausées, quitte à bien l'hydrater, à bien surveiller son alimentation pendant quelques jours, à donner autre chose pour calmer les problèmes abdominaux et intestinaux »*. Par contre, lorsqu'ils sont trop importants en regard du bénéfice du traitement, celui-ci ne se justifie plus. La représentation du risque d'effets indésirables peut dépendre de la voie d'administration ; par exemple, les matériels de pansements qui agissent au niveau cutané, sont perçus comme moins dangereux.

Ils traitent le problème seulement de façon aiguë, pas à long terme. Une des critiques formulées à l'encontre de l'allopathie est sa tendance à traiter les symptômes de la maladie et non la maladie elle-même. Cela, conjugué au fait que leurs clients souffrent de maladies chroniques inguérissables, peut signifier une certaine difficulté pour les infirmières à être impliquées dans certains traitements prescrits sur le long terme mais qui sont remis en question à cause de leurs effets négatifs et des doutes quant à leurs

bénéfices. *« C'est des prescriptions d'anti-inflammatoires, d'anti-douleurs, mais tout ça c'est des médicaments qui répondent, moi je trouve, en période aiguë à des symptômes pour les corriger. Mais c'est vrai que sur la durée, il n'y a pas grand chose. Et c'est ce genre de traitements qui restent longtemps ».*

Les représentations des médicaments à travers leur prescription et leur consommation.

D'autres éléments significatifs des représentations des médicaments ont émergé dans le discours des infirmières portant sur la qualité des prescriptions. Des traitements trop lourds, avec une quantité importante de médicaments, sont fréquemment décrits. *« Quand il y en a trop, les personnes finalement ont pris leur petit-déjeuner en prenant leurs médicaments, un verre d'eau et puis les médicaments, le plaisir du petit déjeuner est déjà terminé ».* Ces représentations défavorables aux gros traitements semblent avoir plusieurs origines.

Les médicaments n'ont que peu d'effets significatifs sur la santé des personnes âgées. Pour les infirmières, la prescription de beaucoup de médicaments à des personnes âgées n'a que peu de sens, étant donné que celles-ci sont perçues comme ayant des maladies chroniques inguérissables et que les conséquences de l'âge sur leur santé ne peuvent être modifiées. La prescription de gros traitements leur fait alors subir les inconvénients liés à certains médicaments sans qu'elles puissent bénéficier des avantages. *« Des personnes âgées, chez qui on peut se demander, à partir d'un certain âge, un maintien de la santé. Mais après, une amélioration, il ne faut pas rêver non plus. Moi je pense qu'arrivé à un certain âge, il y a des choses indispensables mais il y en a d'autres qui ne le sont pas ».*

Les médicaments ne correspondent pas aux besoins des personnes âgées. En dehors même de la notion de maladies chroniques, certaines représentations liées aux

personnes âgées semblent avoir une influence importante sur les représentations des médicaments. *« La non reconnaissance des besoins de la personne, des besoins réels. Je parle de gens très âgés, chez qui ça ne va pas changer grand chose. Et puis souvent ce sont des gens qui oublient, qui ne prennent pas leurs traitements et il n'y a aucune modification de leur état. Quand c'est comme ça, je ne vois pas l'intérêt de continuer à prescrire et à faire le semainier, il y a peut-être d'autres choses à faire ».*

Les personnes âgées devraient consommer peu de médicaments. *« Je trouve que pour des personnes de cet âge là, on pourrait éliminer un certain nombre de choses. Mais bon, on n'a pas de pouvoir de décision mais je trouve que c'est trop ».*

L'accumulation de médicaments dénature ceux-ci. La consommation massive de médicaments augmente encore l'incertitude quant à leurs effets, en particulier par les interactions entre médicaments. Ils peuvent alors devenir inefficaces ou même avoir un effet négatif sur la santé des clients. *« Et puis les gens le disent eux-même, ils disent « on me donne beaucoup de médicaments, ça ne me fait absolument aucun bien ». Des fois ils disent « ça me fait du mal ». Donc, en fin de compte ils se sentent moins bien avec une quantité énorme de médicaments que mieux. »*

Les représentations de la prescription « idéale » par l'exemple de la prescription de psychotropes. Les représentations des psychotropes sont variables (de favorables à défavorables), comme celles de leur prescription aux clients âgés. Parmi les représentations défavorables, on trouve la prescription de psychotropes utilisés comme solution de facilité pour aider les personnes âgées, mais aussi leur entourage et leur médecin à faire face à la solitude, la tristesse et la souffrance qui accompagne parfois l'avance en âge. *« Le médicament, je crois qu'il n'y peut pas grand chose là. Parce que donner des antidépresseurs à des gens qui crèvent de solitude ou qui constatent qu'ils sont en fin de vie, car c'est une réalité. Moi c'est un truc qui m'a toujours fait sourire.*

Qu'ils vivent comme ils peuvent ! (...) C'est aussi une façon de pouvoir décharger un peu la famille, le médecin, d'une autre approche (...) C'est une façon d'éviter le vrai problème. La pilule à éviter le vrai problème. C'est vrai que tout le monde ne peut pas consacrer beaucoup de temps à son vieux père ou sa vieille mère. Mais ce que j'ai constaté, c'est que ça n'est pas forcément une question de temps. C'est une question de ce qu'on met dans ce temps là. (...) Je crois qu'il faut donner une certaine qualité au temps qu'on leur offre, pas une quantité. A la place du médicament».

La mise en évidence des représentations des médicaments pour les clients a montré que certains médicaments sont considérés comme indispensables dans les cas de maladies menaçant la vie et les cas de fortes douleurs. Dans les autres cas, en raison des représentations de l'état de santé des personnes âgées et des représentations des médicaments, des dangers, de l'incertitude de leur efficacité et de leur bénéfice pour la santé, il existe davantage d'ambivalence sur la nécessité de leur prescription. Cette ambivalence est amplifiée si les pratiques en matière de prescription s'opposent aux représentations des infirmières sur les moyens de faire face à la problématique concernée. Dans leur représentation de la prescription idéale pour leurs clients, les infirmières se situent essentiellement à trois pôles ; d'une part, prescrire suffisamment d'antalgiques, d'autre part prescrire « peu » ou « moins » de médicaments. En voici quelques exemples: « *il doit y avoir un équilibre entre prendre et ne pas prendre* », « *pas systématiquement des médicaments* », « *prise en charge autrement* », « *éliminer certains médicaments des traitements des personnes âgées* », « *en donner peu mais des plus efficaces* », « *prescrire peu de médicaments pour les personnes âgées, que ce qui est essentiel, vital* ». Enfin, il existe des représentations de la « *bonne dose* » et du « *bon médicament pour le bon effet* ». Certaines infirmières parlent également de la nécessité d'une anamnèse approfondie, afin de prescrire au plus près des besoins de la personne.

Dans la partie suivante vont être abordés certains aspects des représentations de méthodes alternatives à l'allopathie, que les infirmières considèrent parfois comme davantage adéquates pour faire face à certains problèmes de santé de leurs clients.

Représentations des médicaments homéopathiques et à base de plantes pour leurs clients. Contrairement aux médicaments allopathiques qui ne traitent que les symptômes, ces médicaments ont le potentiel de traiter le terrain, la maladie à long terme.

Ils n'ont que peu d'effets secondaires. La médecine allopathique est caractérisée par la nécessité d'une prescription prudente et individualisée. Au contraire, ces médicaments, par leur innocuité, peuvent être consommés par tout un chacun. *« Il y a beaucoup moins d'effets secondaires. En général, c'est mieux toléré. On met de l'arnica à tout le monde, tandis qu'un comprimé on ne va pas donner n'importe lequel à tout le monde »*. Mais, le mode d'administration peut en changer la représentation. Par exemple, une infirmière perçoit des produits homéopathiques injectables comme plus dangereux.

Leur utilisation. Ces médicaments peuvent être utiles pour à leurs clients (a) en complément de l'allopathie (b) avant l'allopathie et (c) à la place de l'allopathie. *« Par exemple, le soir, ils n'arrivent pas à dormir et ils ont ces somnifères, ça les assomme. Des fois il y a la relaxation, il y a les tisanes, des petites choses comme ça, qui peuvent marcher »*.

Représentations des vitamines et oligo-éléments pour leurs clients. Ces substances sont considérées comme bénéfiques pour les petits problèmes de santé de la vie quotidienne, qui ne requièrent par forcément l'intervention du médecin, du moins pour le conseil. *« J'avais une patiente récemment qui me disait qu'elle était fatiguée, qu'elle n'arrivait pas à remonter la pente. Je lui ai dit : « Peut-être ce serait bien d'essayer de faire une cure de Dynamisan, ça vous ferait peut-être du bien, demandez à votre médecin ce qu'il en pense et puis voyez pour faire ça »*. Et puis elle a demandé à son médecin, qui

était d'accord et puis elle l'a fait. Là, je l'ai vue ce matin, elle m'a dit qu'elle se sentait mieux. Alors, je ne sais pas si c'est l'effet placebo ou si c'est le médicament, mais en tout cas elle était satisfaite ».

Représentations de l'hygiène de vie et de l'alimentation pour leurs clients.

Un domaine propre aux infirmières. L'hygiène de vie et l'alimentation renvoie à un modèle de santé globale cher aux infirmières. On se trouve là non plus dans le domaine des traitements mais dans celui des soins d'entretien de la vie, qui fait partie du rôle propre infirmier. *« Ce qui n'est plus tellement fait, ce sont des prescriptions de règles d'hygiène de vie qui vont avec les médicaments, qui ne sont plus faites par les médecins. Donc c'est à nous de les faire à leur place. (...) Au niveau de l'alimentation, de l'hydratation, d'exercices physiques, enfin des tas de choses qui ont un rapport avec la santé en général et qui sont presque tout aussi importantes que de prendre un traitement ».*

Représentation de traitements non médicamenteux pour leurs clients. Les approches non médicamenteuses peuvent être divisées en trois catégories, (a) la relation d'aide, (b) le toucher et les massages et (c) les médecines parallèles telles la sophrologie et l'acupuncture. Ces approches peuvent être bénéfiques pour les clients : (a) en complément de l'allopathie, (b) à la place de l'allopathie ou (c) simplement en elles-mêmes. *« Et puis, je me dis, on devrait peut-être prendre plus de temps à masser les gens âgés, même sans une technique, mais simplement en mettant de l'Excipial, de les toucher tout simplement. Ça je trouve que c'est aussi une forme de médicament, de bien-être, de médicament du bien-être ».*

Représentation des médicaments pour les infirmières et leurs proches

Représentations des médicaments allopathiques pour les infirmières et leurs proches. Les représentations des médicaments pour elle-mêmes et leurs proches sont très marquées par le fait que les infirmières et leurs enfants sont en général en bonne santé. Elles font parfois référence à des maladies infectieuses plus ou moins graves. Trois infirmières et des proches âgés prennent des traitements sur la durée.

Pour les maladies graves. Les médicaments allopathiques sont considérés comme nécessaires dans les cas de maladies graves, en particulier chez leurs enfants. Les soucis concernant la santé de ceux-ci et les dangers qui les guettent sont fréquents dans leurs discours. « *Une fois, mes filles ont attrapé un mycoplasme pulmonaire et on n'arrivait pas à les traiter. J'ai été voir un pneumologue et il était très ennuyé, les radios n'étaient pas belles, elles avaient toutes les deux une bronchiole bouchée. Et on a dû les amener dans un service de pneumologie pour les soigner. Et ils ont prescrit, mais je me souviens plus du nom de l'antibiotique, un antibiotique* ».

Certains médicaments sont indispensables. Dans certaines situations, lors de maladies graves, lorsque d'autres moyens n'ont pas eu un effet suffisant, « *quand on ne peut plus faire autrement* », ils sont indispensables. « *Il y a des moments où on a un besoin de cette aide chimique. Quand on a tout essayé et que ça n'a pas marché. Donc moi j'en étais arrivée à ça et j'ai pris ça* ». Ou que des médicaments puissants et efficaces sont requis. « *Si ça ne va pas, à ce moment-là, donc à ce moment là je me suis dit, je prends la grosse artillerie* ». Pour les affections qui touchent les organes vitaux, les médicaments de leurs proches âgés sont nécessaires comme c'est aussi le cas pour leurs clients âgés. « *Mon père qui reçoit un demi Modiurétic tous les jours, je trouve ça tout à fait adapté pour sa situation et pour son âge.* »

D'autres médicaments, eux, ne sont pas indispensables. Pour les maladies considérées comme peu graves, les médicaments ne sont pas indispensables, surtout en raison de leurs effets secondaires et indésirables. « *Ce dont j'aurais peur, c'est de prendre*

un médicament, par rapport aux effets secondaires (...) Quand on connaît les effets secondaires que peut avoir un médicament, je me dis, non, il ne faut peut-être pas le prendre comme ça, le médicament. Même mes enfants, à part du paracétamol si vraiment, mais même l'Aspégic, je ne donne pas comme ça, non. Je préfère consulter. Parce qu'en plus j'estime que les médicaments ce n'est pas toujours indispensable. Je me dis que de toute façon les médicaments ne feront rien d'exceptionnel quand on sait qu'il faut attendre que le virus s'élimine. Donc, souvent j'attends». La notion de médicaments non indispensables apparaît également dans les discours sur certains médicaments non vitaux pour leurs proches âgés.

Plusieurs infirmières ont exprimé l'importance d'avoir confiance dans les médicaments, ce qui peut être influencé par plusieurs éléments.

Les représentations de l'efficacité du médicament. « *Pour ce qui ne peut pas répondre ou parce que le symptôme est déjà trop avancé, on ne va pas pouvoir mettre de l'homéopathie. Donc on met en place un traitement allopathique et ça, oui, j'ai confiance, parce que je sais que ça va réhabiliter l'enfant et le maintenir en santé».*

Les représentations de la relation entre le corps et le médicament. Le rapport au corps et la relation perçue entre le corps et les médicaments sont aussi importants. A ce niveau là, les représentations des infirmières sont divergentes, tantôt proches de la confiance. « *J'avoue que je n'ai pas ce type d'appréhension par rapport au corps. C'est-à-dire que si j'ai besoin d'Aspirine dans une journée, j'en prendrai quatre sans me poser de questions, sans forcément aller systématiquement vers de l'homéopathie ou autre chose».* Tantôt proches de la méfiance. « *J'essaie d'éviter, j'ai un rapport assez particulier avec mon corps, tout ce qui est un corps étranger. Si mon corps peut lutter tout seul, je préfère, au lieu d'introduire ce corps étranger ».*

Les représentations des expériences passées faites avec les médicaments. « *Et puis ce médicament va répondre à ce qu'on attend de lui. Et si ce que j'attends de lui ne répond pas, je ne vais pas persister à le prendre, je vais m'arrêter.(...) Alors, j'ai confiance, si ce que j'attends répond à ce que j'ai demandé, oui, j'ai confiance* ».

La perception de certains médicaments en tant que produit banal de la vie quotidienne. Certains médicaments utilisés de manière courante pour des maladies bénignes ne sont parfois plus considérés comme médicaments. Il faut noter que l'Aspirine peut se trouver soit parmi les médicaments banaux, soit parmi les médicaments potentiellement dangereux. « *On n'a pas besoin du médicament pour assumer une petite fièvre banale. On n'a pas forcément besoin que l'enfant soit sous antibiotiques et tout un tas de trucs. Panadol, Aspirine en alternance, en général ça suffit. Pour la fièvre et les douleurs et puis le reste, ça se fait tout seul*».

Les médicaments ont des effets secondaires. Lorsqu'elles parlent des médicaments dans le cadre de leur vie privée, les infirmières parlent beaucoup de leurs effets secondaires. Les craintes qui leur sont liées non seulement marquent leurs représentations des médicaments mais influencent aussi leur consommation de médicaments et leur observance thérapeutique. « *Moi je vais te dire, quand je prends un médicament, au début, j'ai plein de bonnes intentions, je suis très scrupuleuse et je ne termine jamais un traitement. Jamais. Parce qu'en fait les effets secondaires que j'ai lu me rattrapent très très vite et j'ai très peur très vite, donc j'arrête tout* ». La peur des effets secondaires peut aussi guider leur choix vers des approches alternatives, telle cette infirmière qui donne de l'homéopathie à la place d'anxiolytiques à ses filles qui ont des troubles du sommeil car elle craint la dépendance.

Représentations des vaccins contre les maladies infantiles. La nécessité de prendre des médicaments allopathiques dans un but préventif est chargée d'ambivalence même si les infirmières font vacciner leurs enfants. Lorsque la maladie n'est pas présente et son risque incertain, s'exposer aux dangers liés aux vaccins ne se justifie pas forcément. Les représentations des vaccins contre les maladies infantiles suivent la même logique qui émerge des discours en général : (a) le danger que représente la maladie, qui dépend de la représentation du risque d'attraper celle-ci et de la vulnérabilité des enfants. Lorsque la maladie est peu prévalente ou que les enfants sont gardés à domicile, cela justifie de ne pas faire les vaccins. Par contre, lorsque la vulnérabilité de l'enfant semble s'accroître, il devient alors nécessaire de faire le vaccin, tel le vaccin de l'hépatite B pour les adolescents. (b) L'efficacité du vaccin ; l'ambivalence est plus grande lorsque le vaccin n'est pas considéré comme efficace ou qu'il est perçu comme peu « individualisé » car issu d'une logique de prévention au niveau de la société et (c) la familiarité avec le vaccin, lorsque l'infirmière a été vaccinée elle-même.

Représentations du vaccin contre la grippe. La vaccination contre la grippe chez les infirmières est un sujet d'actualité, le taux de vaccination des infirmières contre la grippe étant très faible. Par exemple, le taux de vaccination des infirmières de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève était de 5% en 1995 et de 20% en 1996, après une campagne d'information auprès de l'ensemble du personnel (Gauthey, Toscani et Schira, 1997). Le discours des infirmières sur le vaccin est exemplaire de la logique présente autour de la consommation des médicaments allopathiques, c'est-à-dire qu'il n'est opportun de consommer des médicaments allopathiques que lorsque sa santé est menacée, que la maladie à traiter semble grave et que les avantages des médicaments sont plus importants que leurs inconvénients.

Pour leurs proches âgés. La grippe est considérée comme une maladie grave pour les personnes âgées. C'est pourquoi, comme pour leurs clients âgés, certaines infirmières

estiment que le vaccin contre la grippe est indispensable pour leurs proches âgés. *« Je lui explique que s'il attrape une grippe à son âge, il va sans doute faire une broncho-pneumonie derrière ou un truc comme ça. Donc il y a intérêt à limiter les dégâts. Parce qu'une broncho-pneumonie à 90 ans ce n'est pas la même chose qu'à 30 ou à 40 ou à 60 ans ».*

Pas pour les jeunes. Par contre, la grippe n'est pas dangereuse pour les infirmières car elles sont plus jeunes et ont un bon système immunitaire. *« Parce que c'est vrai que nous on est jeune quand même, on se sent plus fort. Les personnes âgées sont plus susceptibles d'avoir des réactions beaucoup plus fortes, on le sait ».* Une seule d'entre elles se sent vulnérable car elle a été une fois sérieusement malade et, depuis, se fait vacciner.

Un vaccin à l'efficacité contestée. L'efficacité du vaccin contre la grippe est perçue de manière variable selon les infirmières. Les arguments défavorables au vaccin sont liés à sa composition et au fait que certaines personnes vaccinées attrapent quand même la grippe. *« Le vaccin de la grippe, on travaille sur une souche de l'année dernière et on n'est même pas sûr que le virus de la grippe qui arrive va correspondre à celui pour lequel on est vacciné. Donc c'est vraiment une hérésie ce vaccin contre la grippe ».*

Il y a des effets secondaires. Pour certaines infirmières, le vaccin contre la grippe, comme d'autres médicaments allopathiques, a des effets secondaires. Ainsi, deux infirmières ont été malades après une vaccination. Une autre craint des effets secondaires à plus long terme. *« Je me suis vaccinée une fois et j'ai été mal fichue toute l'année, tout l'hiver. J'ai eu un état sub-grippal qui venait, qui repartait, qui venait, qui repartait. Alors attribué au vaccin, pas au vaccin, je n'en sais rien. Mais c'est quand même un concours de circonstance qui fait que je n'ai jamais réitéré la vaccination ».*

Les stratégies d'évitements des médicaments allopathiques. Pour les maladies graves, les risques liés à la prise de médicaments, les effets secondaires et indésirables sont acceptables en regard des bénéfices attendus. Mais le recours à l'allopathie pour soigner les maladies aiguës et chroniques peu graves, en particulier les petites maladies de la vie quotidienne, est perçu plutôt défavorablement. La seule exception concerne les « petits médicaments » comme le paracétamol et l'Aspirine. Cela se reflète dans leurs discours de plusieurs manières. D'une part, toutes les infirmières interrogées développent pour elles-mêmes et leurs enfants des stratégies d'évitement des médicaments allopathiques. Il s'agit d'en prendre « peu » (éviter de prendre des médicaments, attendre avant d'en prendre, ne pas faire d'automédication, interrompre un traitement, oublier de prendre ses médicaments). Une autre manière de tenter d'accorder leur consommation de médicaments avec leurs représentations est le choix d'un médecin traitant qui partage des points de vue similaires. Enfin, d'utiliser des approches alternatives au lieu de médicaments allopathiques. Sept d'entre elles décrivent le recours à des médicaments et approches alternatives (médicaments homéopathiques, à base de plantes, vitamines, oligo-éléments, traitements non médicamenteux). *« Il y a deux-trois mois, j'avais des problèmes de tension, le médecin m'a prescrit des bêta-bloquants. J'en ai pris deux fois, après j'ai fait de la relaxation et ça va très bien. Donc j'ai appris à descendre ma tension comme ça. Je me suis dit qu'il n'y a aucune raison que je prenne des médicaments quand je peux faire autrement. »* Certaines infirmières prennent position face à la consommation de médicaments de leurs proches adultes et âgés selon la même logique.

Cependant, certaines infirmières sont conscientes que grâce à leur bonne santé, elles peuvent utiliser ces stratégies d'évitement, mais que cela pourrait ne plus être possible lorsqu'elles seront plus âgées *« Alors quand je prends un médicament, c'est pour répondre à un symptôme. Sachant que je n'ai pas de maladie chronique, je vais prendre un médicament à court terme, pour traiter un symptôme qui me gêne, qui m'empêche de*

vivre à court terme. Maintenant, est-ce que je peux m'imaginer qu'un jour je pourrais prendre un médicament à long terme pour une maladie chronique ? Je ne sais pas ».

Représentations des médicaments homéopathiques et à base de plantes pour les infirmières et leurs proches.

Une consommation banalisée. Derrière l'acceptation de la consommation de ces médicaments se profile aussi la représentation de leur innocuité. « *Pour des petites infections, des petits bobos, je trouve que c'est aidant. Ne serait ce que des petites tisanes un peu diurétiques, des choses ... Oui, j'entends, il y a des tas de choses qu'on peut prendre et qui font plaisir finalement, qui sont bons et puis voilà ».*

A la place de l'allopathie. Les médicaments homéopathiques et à base de plantes sont très volontiers consommés ou donnés aux enfants dans les cas de maladies bénignes car cela permet alors d'éviter les effets secondaires et indésirables liés à l'allopathie

Ils peuvent contenir des substances nocives. Une seule infirmière a cité le fait que ces médicaments, en particulier ceux à base de plantes, puissent contenir des substances actives dont il faut tenir compte. « *Pour ça aussi je fais très attention. De la camomille, je n'en prends pas plein car je sais qu'il y a de la digitale dedans».*

Représentations des vitamines et oligo-éléments pour les infirmières et leurs proches. Ces médicaments permettent d'éviter la fatigue, de redonner de l'énergie et de renforcer l'immunité, en particulier pour éviter d'attraper la grippe.

Si ça ne fait pas de bien, ça ne fait pas de mal. « *Cette année j'ai fait une cure de gelée royale. Je ne sais pas si m'a fait du bien ou pas, mais je l'ai faite, entière, en me disant que de toute façon ça ne me ferait pas de mal. (...) J'en ai acheté aussi pour mes enfants, on a tous fait la cure en même temps. En tout cas on ne s'en est pas porté plus mal, ça c'est sûr ».*

Représentations des traitements non médicamenteux pour les infirmières et leurs proches. Les approches non médicamenteuses sont des approches d'un recours simple à la maison, tels les massages et la relaxation. Ils sont perçus comme bénéfiques dans les situations de maladies bénignes et font partie des stratégies d'évitement des médicaments allopathiques. *« Ma fille aînée quand elle a commencé à avoir ses douleurs abdominales quand elle avait ses règles, je lui ai appris à faire de la relaxation, à se relaxer, à se soigner sans avoir recours à des antalgiques ».*

Enfin, pour terminer cette partie, une citation qui illustre admirablement le monde des médicaments dans la vie privée des infirmières, même si toutes ne cherchent pas autant à les éviter. *« Moi, je prends rarement des médicaments, sauf si c'est absolument nécessaire. Parce qu'il y a un côté très pratique dans les médicaments, quand j'ai mal au ventre, au lieu de me faire une tisane de camomille, je prendrais un antispasmodique, parce que ça va plus vite quand je suis pressée. Mais franchement si je peux l'éviter quand je ne suis pas bien, au lieu de prendre un Lexotanil, je ferai un petit peu de relaxation. Ça me prend cinq minutes de plus, mais je n'aurais pas des problèmes liés aux effets secondaires inhérents à cette prise de médicament. Donc pour moi, la prise de médicament, c'est une question de facilité. C'est vrai aussi, il y a le mauvais côté, j'ai une sinusite chronique parce que justement j'ai horreur des antibiotiques. Mais des fois aussi, quand il faut, il faut. Parce que justement, c'est un bienfait pour l'humanité qu'il y ait des médicaments, parce qu'autrefois les gens mouraient beaucoup parce qu'il n'y avait pas de médicaments. Maintenant qu'il y en a, il faut les utiliser. Mais personnellement, si je peux éviter, pourquoi pas».*

Les représentations sociales du rôle infirmier en lien avec les médicaments

Cette deuxième partie concerne les représentations sociales du rôle infirmier en lien avec les médicaments. Elle est divisée en sept sous-chapitres . (a) la gestion des médicaments, (b) l'observance thérapeutique, (c) l'autodétermination des clients, (d) l'enseignement aux clients, (e) les connaissances des médicaments, (f) la prescription des médicaments et (g) les principes éthiques, les valeurs et la philosophie de soins dans les représentations du rôle infirmier.

La gestion des médicaments dans les représentations du rôle infirmier

Un rôle clef par rapport aux traitements médicamenteux de leurs clients. Selon les infirmières, l'exercice de ce rôle est d'une grande importance, par la place qu'il a dans leur pratique quotidienne et par le fait qu'il permet à leurs clients de prendre correctement leurs médicaments. Il implique de faire un suivi régulier, souvent sur le long terme. *«Oh oui, je pense que c'est indispensable qu'on soit là pour leur préparer, pour leur expliquer, pour poser les questions, essayer de répondre».*

Evaluer les effets du traitement chez les clients. L'observation des effets des médicaments sur la santé des clients, pour transmettre ces données aux médecins traitants, est capitale. *«La surveillance qu'on doit faire face à un traitement, par exemple contre l'hypertension. Donc on sait que la personne qui prend un traitement anti-hypertenseur, on va contrôler sa tension à chaque passage infirmier».* Cette surveillance est particulièrement importante chez les clients sous traitements antalgiques, parfois grâce à des outils d'évaluation de la douleur. *«Par rapport à la douleur, des ré-évaluations assez fréquentes, en soins palliatifs. Donc, oui, il faut ré-évaluer régulièrement, parce que régulièrement c'est davantage efficace».* Cette surveillance concerne aussi en particulier les effets secondaires et indésirables. *«Souvent, j'interroge les patients quand je sais*

qu'ils prennent un médicament. Par exemple, je les interroge par rapport aux effets secondaires, je leur demande s'ils n'ont pas des troubles digestifs ou d'autres types de troubles, des saignements. Enfin, selon les médicaments qu'ils prennent et pour pouvoir leur expliquer, si jamais ils ont ces effets secondaires, que ça peut venir éventuellement du médicament ».

Les erreurs de médication : c'est grave pour certains médicaments mais moins pour d'autres. Les infirmières sont plusieurs à penser que des erreurs peuvent survenir. Par contre, leurs représentations des conséquences des erreurs de médication sont diverses. Selon l'une d'entre elles, une erreur peut avoir un effet catastrophique sur la santé du client. *« Oui. Tout le monde en fait, c'est vrai. Mais pour certains médicaments, un comprimé d'Aspirine, ça peut ne pas avoir grande importance. Mais mettre deux Reniten ou bien deux fois 80 mg d'Isoket au même endroit, ça peut provoquer une catastrophe ».* Par contre, une autre infirmière estime qu'en général les conséquences ne sont pas très graves, tout en insistant sur la nécessité de faire son travail au mieux. *« Je ne pense pas qu'il y ait des effets très graves(...). Il y a peu de médicaments qui, si on ne les prend pas un jour, provoquent des troubles très importants. Sauf peut-être l'insuline. Mais sinon pour les autres, je pense que si on ne prend pas son Aspirine cardio un jour, ce n'est pas grave. Mais on est là pour faire notre travail correctement, et pour moi, c'est très important de le faire très correctement ».* Ces représentations semblent correspondre aux représentations des médicaments, à la dichotomie entre médicaments vitaux, efficaces, et médicaments non indispensables, à l'efficacité mise en doute.

Respecter strictement la posologie. Les infirmières montrent un grand souci quant à la préparation du semainier. Ne pas faire d'erreurs est étroitement lié à la représentation de soins infirmiers de qualité et la plupart des infirmières insistent sur la nécessité d'être vigilante dans la préparation des semainiers. Pour l'une d'entre elles, ne pas faire d'erreur est étroitement lié au sens même des soins infirmiers. *« Ça n'a plus de sens, parce que sinon on n'est plus infirmière, si quand on prépare un traitement pour une semaine, on se*

trompe de jour ou d'heure, si c'est mal réparti. Ce qui est important, c'est de bien respecter la prescription médicale ».

Une pratique marquée par l'incertitude. Les soins à domicile sont marqués par une certaine incertitude et une difficulté à accéder aux informations nécessaires pour donner des soins dans de bonnes conditions, ce qui augmente le risque d'erreurs de médication. « *Des fois on va dans des situations, on n'est pas au courant et on découvre un patch comme ça. On ne sait pas quand il a été posé, par qui. C'est les joies du domicile, oui, mais c'est des surprises ».*

L'observance thérapeutique dans les représentations du rôle infirmier

Une préoccupation quotidienne. L'observance de leurs clients est une préoccupation des infirmières. Favoriser l'observance est considéré comme un rôle important. Même si cela leur cause du souci, l'inobservance de leurs clients ne semble pas vraiment les surprendre ni les irriter. « *Mais c'est vrai que les clients, ils ne les prennent pas toujours bien. Et je suis sûre que d'eux-mêmes parfois ils en suppriment, des médicaments. Par exemple, dans les semainiers, il y en a qui ne les prennent pas et qui les laissent dans les boîtes mais il y en a d'autres qui les jettent. Ça je suis convaincue, je suis sûre qu'il y en a qui font ça ».*

La nature de l'inobservance. L'importance accordée à l'observance est liée à sa nature et à la représentation des médicaments concernés. Ainsi, l'inobservance serait moins dangereuse si elle est liée à un oubli ou une abstention dans la prise des médicaments que si elle consiste à prendre des médicaments de manière excessive ou anarchique, peut-être davantage de médicaments que prescrit. « *Je respecte le client, parce que je me dis que si ce n'est pas moi qui lui prépare, c'est lui qui va le faire tout seul. Il le prendra son traitement de toute façon. Donc, au moins, évitons les accidents de prise, de mauvaise gérance dans le dosage ».*

Les types de médicaments. Il est plus important que les clients soient observants pour certains médicaments que pour d'autres. « *Si un malade ne prend pas son Ultralévure ou son Bio-florin, je n'en fais pas une maladie. Mais pour les médicaments actifs, je trouve que c'est important qu'il les prenne* ». D'autre part, les représentations de l'inobservance semblent aussi liées à la durée et aux représentations des conséquences de celle-ci. « *Bon, il n'y a jamais une vie en danger parce qu'on ne prend pas un médicament, sauf à long terme, si c'est de l'insuline* ».

Evaluer l'observance thérapeutique. Une première étape dans ce rôle est l'exploration de la prise des médicaments, afin de voir si celle-ci se fait de manière correcte et si le client ne fait pas d'automédication. Mais évaluer l'observance est parfois difficile, plus difficile qu'à l'hôpital. « *Et puis les gens, si on leur prépare le semainier, après ça ils peuvent très bien les jeter sans qu'on le voie. Donc la prise n'est pas toujours vérifiable* ».

Comprendre les clients inobservants. Certaines infirmières trouvent important de comprendre les raisons qui poussent parfois des clients à être inobservants. Cette approche est davantage centrée sur le client. « *Alors, je vais lui poser des questions, pourquoi elle oublie ce médicament. Est-ce qu'elle l'oublie parce qu'elle est occupée à faire autre chose ou est-ce qu'elle l'oublie parce qu'elle n'a pas envie de le prendre mais qu'elle ne veut pas le dire ? Et puis, quelle est la portée de ce médicament sur sa santé, quelle est sa représentation à elle au fond ?* » Ou sur l'infirmière, avec une teinte d'ethnocentrisme. « *Ça dépend. S'il a des bonnes raisons, je vois ce qu'on peut faire, j'en discute, je le signale au médecin et puis j'en parle avec lui. Si c'est des raisons qui ne me paraissent pas valables, alors j'essaie de l'inciter à prendre quand même ce traitement* ».

La persuasion, l'information, l'éducation. Certaines stratégies destinées à favoriser l'observance relèvent du domaine de la persuasion, de l'information et de l'éducation. « *De persuader les gens de la nécessité de les prendre. J'estime que dans la mesure où leur médecin les leur a prescrit, c'est qu'ils en ont besoin. Donc, je souhaite leur*

transmettre la nécessité de les prendre. J'ai vu hier une dame qui m'a dit ; « Oh mais ma copine m'a dit que je prenais trop de médicaments, alors en fait je choisis ce que je prends, je prends certains et puis d'autres pas ». Donc je lui ai expliqué que c'était certainement parce qu'elle ne savait pas à quoi servaient ses médicaments qu'elle avait une réticence comme ça. Et puis je lui ai tout ré-expliqué et je pense qu'elle va les prendre maintenant. Et puis bon, dedans il y avait des médicaments contre l'hypertension, il y avait du Seropram, enfin des choses importantes quand même».

Le semainier, objet central dans la pratique infirmière à domicile. L'utilisation d'un semainier est perçue comme importante dans la promotion de l'observance et la prévention des erreurs de prise de médicaments. Sa préparation marque fortement la pratique professionnelle de l'infirmière et constitue un rituel central à la visite de celle-ci. « *Quand on va chez le client, qui attend l'infirmière, je sens que le médicament a une importance parce que l'infirmière va revenir préparer le semainier. Elle va préparer tout pour la semaine. J'aurais plus qu'à me servir, prendre ma pilule rose, ma pilule verte, ma pilule marron, j'en ai quatre par jour* ».

L'autodétermination des clients dans les représentations du rôle infirmier

Respecter la volonté et les décisions des clients. La majorité des infirmières estiment qu'il n'est pas de leur rôle de faire prendre à tout prix des médicaments à leurs clients et qu'il est nécessaire de respecter le choix de ceux-ci. Elles ne se sentent pas responsables du comportement de ceux-ci, en particulier s'ils ont été informés sur leurs traitements et s'ils sont en possession de leurs capacités de discernement. A domicile, les infirmières interviennent sur le « territoire » des clients et en conséquence, ceux-ci font davantage preuve d'affirmation de soi. La dichotomie entre l'hôpital, où on traite des maladies aiguës graves par des médicaments indispensables, et les soins à domicile, marqués par des maladies moins graves et des médicaments davantage remis en question

apparaît aussi. « *Autant à l'hôpital je crois qu'il faut absolument que les gens entrent dans le cadre de se soigner et de guérir, autant quand on va chez eux, on apprend à respecter leurs désirs et leur volonté. Et une fois qu'on a tout expliqué et tout fait comprendre, et qu'on a vu que ça a été compris, qu'on a contacté le médecin, qu'on l'a informé, éventuellement la famille, ma foi, quand quelqu'un ne prend pas son traitement, c'est son choix, c'est son droit et je ne vais pas m'acharner* ».

L'interférence du point de vue personnel sur les médicaments dans les soins.

L'interférence des convictions personnelles concernant les médicaments dans la relation avec les clients est parfois considérée comme non adéquate. « *Ce n'est pas parce que moi je n'utilise pas que je ne propose pas aux gens. Moi je pense qu'on est différent, chacun est différent et les besoins sont différents. Donc si je pense que la personne en a besoin, je lui propose et puis après, elle fait ce qu'elle veut* ». Par contre, à plusieurs reprises une interférence des convictions personnelles apparaît dans les discours, par exemple lorsque certaines infirmières ne conseillent pas le vaccin contre la grippe ou encouragent leurs clients à prendre leurs traitements.

L'enseignement aux clients dans les représentations du rôle infirmier

Augmenter les compétences des clients. Le discours des infirmières autour de l'enseignement aux clients se situe beaucoup autour de l'augmentation de leurs compétences, afin de leur permettre de mieux gérer leurs traitements médicamenteux. Parfois l'enseignement s'adresse aussi à l'entourage des clients. Ce rôle comprend les explications sur la posologie et les effets des médicaments, avec un soin particulier en ce qui concerne les effets secondaires.

Représentations du rôle infirmier et connaissances des médicaments

Les connaissances nécessaires à l'exercice du rôle infirmier. La majorité des infirmières ont parlé de l'importance de leurs connaissances, leurs savoirs-faire et leur expérience dans leur travail. Connaître les médicaments et leurs effets secondaires est particulièrement important dans les représentations du rôle infirmier. Mais parfois les infirmières estiment manquer d'informations à leur sujet, à cause de leur nombre et de leur évolution rapide. Ne pas avoir suffisamment de connaissances sur les médicaments va à l'encontre de l'image de l'infirmière idéale qui a les connaissances nécessaires et peut les mettre mal à l'aise. Cependant, une infirmière estime qu'il n'est pas toujours possible de tout savoir des médicaments. *« Non, ça ne me dérange pas de ne pas toujours savoir. Je ne peux pas tout savoir. De toute façon, je suis consciente de ça, je ne peux pas tout savoir. Et comme en plus tous les jours il y a quelque chose de nouveau, donc j'apprends au jour le jour, avec le client, chez le client ».*

Rechercher des informations sur les médicaments et actualiser ses connaissances.

La majorité des infirmières estiment qu'il est essentiel de rechercher des informations sur les médicaments et les traitements de leurs clients. Il s'agit probablement aussi de correspondre davantage à cette image d'infirmière parfaite, comme l'exprime l'une d'elles. *« Quand il y a des nouveaux médicaments qui sont prescrits et que je ne connais pas, parce que je suis loin de tout connaître, quand je reviens au bureau et que j'y pense, parce que je ne suis pas parfaite, je regarde sur le Compendium électronique de l'ordinateur, je regarde à quoi servent ces médicaments ».*

Représentations des connaissances des médecins des médicaments. Certaines infirmières ont aussi parlé de leurs représentations des connaissances des médecins, qui sont supposés bien connaître les médicaments afin de pouvoir les prescrire. En principe, les infirmières auraient moins de connaissances des médicaments que ceux-ci, ce qui implique l'obligation de faire confiance au médecin concernant la prescription. *« Je fais confiance aux médecins. Sauf si j'ai des connaissances qui sont suffisamment poussées*

pour pouvoir discuter avec le médecin de l'opportunité ou pas de la prise du médicament. Mais, dans le doute, je fais confiance au médecin ». Cependant, la hiérarchie des connaissances entre médecins et infirmières n'est pas toujours claire. « *Et puis, c'est toujours un peu difficile parce qu'on n'a pas envie de leur donner des leçons. Parce qu'on est un peu mal placées. Ils sont censés en savoir plus long que nous sur la pharmacie quand même* ». Ce malaise est accentué par le souvenir de situations vécues dans lesquelles les connaissances des médecins se sont montrées lacunaires.

Les représentations du rôle infirmier et la prescription des médicaments

Le médecin, le prescripteur légitime. Les représentations de la prescription sont liées aux représentations des médicaments mais aussi aux représentations du rôle des médecins et des infirmières et ont une incidence sur les représentations de leur collaboration. Les médecins possèdent le monopole de la prescription des médicaments, ce qu'une des infirmières interrogées exprime par ces mots : « *La prescription ne m'appartient pas, ça appartient au médecin* ».

Avoir un rôle d'exécutante. Selon la majorité des infirmières, une facette de leur rôle est celui d'une exécutante qui n'a aucun pouvoir de décision, l'ordre médical ayant notion d'obligation. « *Ce n'est pas nous qui décidons du traitement, on est là pour seconder le médecin, je dirais* ». Cette représentation du rôle est bien illustrée par une infirmière qui fait référence à des situations de désaccord avec le médecin au sujet de prescriptions. « *Je me sou mets, oui. J'ai un sentiment d'impuissance qui est désagréable mais je sais que je suis infirmière et que j'ai choisi cette profession-là et que je suis censée appliquer les ordres du médecin, donc je le fais* ». Ce rôle est vécu difficilement lorsque le médecin ne prend pas en compte les observations transmises par l'infirmière et ne modifie pas le traitement. Comme l'exprime l'une d'entre elles, le médecin est « *détenteur d'un pouvoir par rapport à ce qu'on vient de lui restituer* ».

Bien connaître les clients : représentations des compétences des médecins et des infirmières. La prescription de médicaments suppose de bien connaître les clients et leurs problèmes de santé. Comme les infirmières se rendent au domicile de ceux-ci, elles se sentent être plus présentes, plus proches d'eux. Les médecins percevraient moins bien l'évolution de l'état de santé des clients car ils les voient moins souvent et moins longtemps. *« Mais ils les voient un quart d'heure, ils ne voient pas comment ils vivent ces gens-là. Et ils ne voient pas s'ils souffrent vraiment, s'ils ont besoin d'un traitement, parce qu'ils ne se rendent pas compte en fait. Ils les voient un quart d'heure et ce n'est pas de ce qu'ils voient là qu'ils peuvent juger de l'état du client. Encore récemment, il y a un monsieur qu'on voulait hospitaliser. Le médecin est venu le voir, ah non...Trois jours après il est décédé. Enfin, je trouve qu'on ressent mieux le vécu des gens que les médecins quand ils vont les voir ».*

Prendre position par rapport aux traitements médicamenteux. Mais les infirmières interrogées ne se perçoivent pas seulement comme des exécutantes des ordres médicaux mais aussi comme des professionnelles qui pensent qu'il est parfois légitime de prendre position face aux traitements médicamenteux de leurs clients. *« C'est arrivé que le traitement me pose problème, c'est arrivé que je trouve qu'on ne calme pas assez des patients. Et ça m'est arrivé de le dire au médecin et d'avoir une discussion orageuse à cause de ça ».* Cependant, à cause de la qualité de la relation avec les médecins ou d'une asymétrie de connaissances des médicaments, certaines d'entre elles hésitent à prendre position face aux traitements de leurs clients. *« Il y a beaucoup de gens qui reçoivent des médicaments que je trouve tout à fait adaptés, il y en a d'autres où je trouve que ça l'est moins... Mais je garde toujours en tête que je ne suis pas médecin ».* Une expertise dans un domaine des soins infirmiers peut être utile dans les négociations avec les médecins. *« Moi j'ai des outils d'évaluation de la douleur, donc c'est vrai qu'on peut avoir des évaluations quand même objectives et, donc, ça nous permet de remettre en cause les*

traitements ». Avoir un regard critique sur les prescriptions peut permettre de détecter les erreurs de prescription.

Proposer un traitement ou une modification de traitement. Selon certaines infirmières, proposer des modifications de traitements fait partie de leur rôle. Cela concerne surtout les médicaments allopathiques, par exemple le remplacement d'un médicament par un autre, l'introduction d'un nouveau médicament ou l'augmentation d'un traitement existant, en particulier un traitement antalgique. « *C'est plus aux signes cliniques qu'on peut suggérer au médecin, voilà il a mal, il a de plus en plus mal, est-ce que le traitement est bien adéquat, adapté, est-ce qu'il ne faut pas l'augmenter* » ? Il peut s'agir de proposer une diminution de la posologie d'un médicament, une mise en garde en relation avec un dosage trop fort ou une diminution du nombre total de médicaments prescrits. « *Quand il n'y en a pas trop, ça ne me pose pas de problème. Ça commence à m'en poser quand il y a vraiment trop de médicaments pour une même personne, très âgée par exemple. Donc, ça c'est quelque chose qui peut parfois se négocier avec le médecin, parfois pas* ». Une infirmière fait volontiers des propositions dans le domaine des plaies, domaine dans lequel elle se sent plus compétente que les médecins. « *Mais moi je fais volontiers des propositions dans ce genre de domaine, les produits pour les plaies, mais en matière de médicaments, je ne m'y hasarde pas* ». Enfin, il leur arrive de proposer des approches alternatives déjà citées précédemment.

Les conseils aux clients. L'importance de donner des conseils aux clients est apparue régulièrement dans les entretiens. Ces conseils peuvent concerner diverses approches de maintien ou d'amélioration de la santé. Plusieurs infirmières disent proposer l'introduction ou la modification d'un traitement allopathique à leurs clients. « *Et puis on leur dit, mais non, ce n'est pas normal. Puisqu'il y a des choses, on peut vous donner des médicaments pour atténuer votre douleur, à quoi elle vous sert votre douleur* ». Il y a aussi des conseils portant sur des approches autres qu'allopathiques déjà présentées dans la partie sur les représentations des médicaments pour leurs clients.

Cependant, le monopole de la prescription médicale et de la connaissance ne se brise pas sans un certain coût psychologique. *«Parfois je me sens comme si je dépassais un peu mes compétences, quand je conseille par exemple à quelqu'un que je vais voir fatigué de prendre des vitamines, des oligo-éléments. Parce que j'ai une connaissance par rapport à ça et j'ai envie de l'offrir à quelqu'un pour qu'il en fasse quelque chose ».*

Principes éthiques, valeurs et philosophie des soins dans les représentations du rôle infirmier

Avoir un esprit critique par rapport aux traitements médicamenteux. Certaines infirmières estiment important d'avoir un esprit critique vis-à-vis des traitements médicamenteux allopathiques. *«Que l'infirmière se pose davantage de questions à mon avis. Tant sur la posologie que sur la répartition sur la journée, et puis également l'arrêt du médicament. Des fois dire ; «Maintenant vous savez, elle va beaucoup mieux, on ne pourrait pas envisager, par exemple pour les anti-dépresseurs, on ne pourrait pas envisager de commencer à diminuer »... Non, il y a trop d'automatismes qui sont faits ».* Une infirmière estime que la pratique à domicile, pratique axée sur la durée, favorise l'exercice d'un esprit critique concernant les médicaments. Cette citation montre aussi la dichotomie présente dans les représentations des infirmières, entre les maladies graves, plutôt aiguës, symbolisées par la pratique hospitalière, dont on ne remet pas en doute qu'il faille les traiter avec des médicaments allopathiques puissants, et les maladies chroniques, moins graves, pour lesquelles l'utilisation de l'allopathie est remise en question. *« C'est vrai que je trouve que les infirmières, c'est un monde où on se pose beaucoup de questions. Mais c'est vrai surtout à domicile. A l'hôpital, on n'a pas tellement ce problème, cette problématique, parce qu'en fait vraiment les gens sont là pour soigner des problèmes d'urgence. Enfin, c'est assez de l'instantané quand même dans les hôpitaux. On n'arrive pas à ce genre de questionnement parce que c'est comme ça. Mais*

à domicile, c'est vraiment un autre métier que d'être infirmière à domicile. Et là on arrive à ce genre de questionnement ».

Participer à des traitements bénéfiques aux clients. Les infirmières ont montré une grande préoccupation du bien-être de leurs clients. Elles font intervenir des aspects liés à l'éthique et à leur philosophie de soins. Il leur est important de promouvoir et de participer à des traitements qui sont dans l'intérêt de ceux-ci. Cela peut être une adaptation jugée nécessaire d'un traitement, en particulier chez les clients algiques. « *Quand on est soignant et qu'on est face à une personne qui souffre, on voudrait qu'elle arrête de souffrir. Donc on voudrait faire tout ce qu'on peut pour qu'elle souffre le moins possible. Moi je suis très, très sensible à la douleur chez les gens. Et je trouve que c'est très, très important de soulager la douleur. Ça ne sert à rien de souffrir* ». Ou d'éviter l'utilisation inappropriée de médicaments, par exemple dans le cas d'anti-dépresseurs. « *Quand tu le dis au médecin et qu'il te dit bon, il te fait comprendre que c'est plus simple comme ça, oui là ça m'énerve. Pour moi ça ne correspond pas à une façon de soigner à laquelle j'adhère, c'est tout* ».

Les manifestations émotionnelles et affectives des infirmières dans leur pratique quotidienne. Dans l'énoncé de la problématique, la chercheuse a décrit comment elle avait observé des infirmières exprimer des réactions de type affectif, émotionnel, tels des sentiments d'insatisfaction, de frustration, d'impuissance, de révolte et de conflits intrapsychiques. L'existence de ces réactions a été confirmée dans cette étude. Les infirmières interrogées ont décrit des situations où elles vivent des sentiments de ce type, souvent en lien avec des préoccupations éthiques, leur philosophie des soins, leurs représentations des médicaments et les représentations de leur rôle. Voici les termes utilisés dans les entretiens qui illustrent ce phénomène : « *j'ai du mal en tout cas* », « *je trouve dur* », « *c'est difficile à vivre* », « *ça, ça me révolte* », « *ça me met très en colère* », « *ça m'est arrivé d'être mal à l'aise* », « *ce n'est pas possible, il ne peut pas avaler tout ça* », « *ça me choque* », « *c'est scandaleux* », « *je me sens mal avec ça* », « *ça me gêne* ».

énormément », « *j'aime pas du tout* ». Ces termes ont été exprimés parlant de diverses situations de soins, par exemple concernant des douleurs, une quantité de médicaments prescrits jugée excessive ou lorsque le traitement est considéré comme inadéquat. « *J'ai travaillé en gériatrie et je me rappelle toujours du professeur qui nous disait, il ne faut pas plus de cinq médicaments différents. Et à ce moment là j'étais bien d'accord avec lui. Et je le suis toujours. Ce matin j'ai encore été préparer des médicaments chez une dame, il y a en deux listes**, *c'est de la folie, c'est de la folie* ».

Etre en accord avec les soins qu'on donne. En tant que soignantes porteuses de valeurs, de principes éthiques et d'une philosophie de soins, les infirmières sont impliquées dans un système de soins caractérisé par une asymétrie de pouvoir au niveau des décisions en lien avec les traitements médicamenteux. Cela pose la question de savoir si elles sont toujours en accord avec les traitements qu'elles administrent sur délégation médicale, ce qui est très lié à leurs représentations des médicaments et du rôle infirmier. Plusieurs infirmières estiment qu'il est important parfois de ne pas faire des soins avec lesquels elles ne sont pas en accord. « *Parce que justement j'ai été à l'école d'infirmière, on m'a donné des connaissances. Et j'ai 25 ans d'expérience derrière moi, ce n'est pas pour faire n'importe quoi, pour accepter n'importe quoi non plus* ». Les infirmières interrogées ont parlé à plusieurs reprises de situations où elles sont amenées à donner des soins avec lesquels elles ne se sentent pas en accord. « *Alors cette dame, elle prend beaucoup d'antalgiques qui ne lui font absolument rien (...). Mais pourquoi est-ce qu'on continue à donner autant de médicament ? Ça, je n'ai pas la réponse. Alors quand je prépare les médicaments, je sens que je ne suis pas en accord avec ce traitement de cheval parce que, ça n'apporte rien. (...) Mon rôle, je me le représente comme une exécutante, qui fait quelque chose avec lequel elle n'est pas en accord* ». Il peut aussi arriver que les infirmières désirent donner des traitements plus adaptés aux besoins des clients et qu'elles ne le puissent pas. « *Ça m'est arrivé d'être mal à l'aise parfois par*

* une liste de médicaments de deux pages dans le carnet de santé

rapport à des traitements anti-douleurs, parce que je trouvais que ce n'était pas adapté. Parce que souvent c'est sous-dosé. Nous, on apprend des choses, la morphine, c'est toutes les quatre heures. Et puis on voit que les gens ont de la morphine deux fois par jour, enfin des choses comme ça. Ou le Co-Daphalgan, toutes les quatre heures, et puis, ils ont trois Co-Daphalgan par jour. Des choses comme ça. Surtout par rapport à la douleur ».

Synthèse

La présente recherche a permis de répondre aux deux questions de recherche portant sur les représentations sociales des médicaments et du rôle infirmier en lien avec les médicaments chez des infirmières à domicile. Le discours sur le rôle a permis d'éclairer et de faire encore mieux ressortir les éléments marquants des représentations des médicaments. Cinq catégories de moyens de promouvoir, maintenir ou améliorer la santé ont pu être mises en évidence dans les représentations sociales des infirmières. La plus importante est constituée par les médicaments allopathiques, considérés comme des produits chimiques. Certains de ceux-ci sont des produits puissants, indispensables pour traiter les maladies graves touchant les organes vitaux et menaçant la santé de manière importante ainsi que pour les douleurs importantes. Leur utilisation se justifie en particulier lorsqu'il y a perception de vulnérabilité et/ou un espoir de guérison. La perception de la vulnérabilité de la personne, comme c'est le cas pour la grippe, dépend des représentations du problème de santé et de l'âge de la personne, jeune, avec une bonne immunité, ou âgée, ayant des maladies chroniques et de mauvaises défenses immunitaires.

Par contre, de nombreuses représentations ambivalentes ou négatives des médicaments allopathiques sont apparues, en particulier l'incertitude quant à leur efficacité, leurs effets dans le corps et les effets secondaires et indésirables. C'est pourquoi leur utilisation pour traiter les maladies qui ne sont pas graves est remise en question, en particulier à long terme, leurs désavantages risquant de l'emporter sur leurs avantages.

La majorité des clients des infirmières à domicile sont des clients âgés, souffrant souvent de maladies chroniques caractérisées par une absence d'espoir de guérison et par une consommation de médicaments à long terme. Il apparaît donc une dichotomie entre les représentations des médicaments allopathique chez les infirmières et les traitements à

long terme auxquels elles sont amenées à participer. Dans ce contexte émergent d'une part des représentations de prescriptions minimalistes des médicaments allopathiques et, d'autre part, des représentations d'approches alternatives, de médicaments homéopathiques et à base de plantes, de vitamines et d'oligo-éléments, de règles d'hygiène de vie et de méthodes non médicamenteuses, perçues comme plus adéquates pour faire face à certains problèmes de santé de leurs clients. Les représentations de ces approches alternatives se situent en partie en miroir des représentations des médicaments allopathiques. Elles sont davantage en accord avec le corps humain. S'il n'est pas certain qu'elles sont efficaces, elles ne comportent pas en général de risques d'effets secondaires et indésirables.

Les représentations des médicaments allopathiques pour les infirmières et leurs proches sont partagées entre les médicaments allopathiques indispensables pour les maladies graves, les médicaments remis en question pour les maladies moins graves et les « petits médicaments », non dangereux, tel le paracétamol et parfois l'Aspirine, utilisés pour faire face aux troubles bénins de la vie quotidienne et dont l'usage est banalisé. Si pour les maladies graves, les risques liés à la prise de médicaments allopathiques sont acceptables en regard du bénéfice attendu, pour les maladies bénignes, ils sont considérés comme trop importants. C'est pourquoi les infirmières, pour elles-mêmes et leurs enfants, ont recours à des stratégies d'évitement des médicaments allopathiques, qui consistent soit à en prendre peu, le moins possible, soit à avoir recours à des médicaments et approches alternatives (médicaments homéopathiques, à base de plantes, vitamines, oligo-éléments, traitements non médicamenteux) perçus comme moins dangereux.

Les infirmières interrogées estiment que le rôle infirmier lié aux médicaments de leurs clients occupe une place centrale dans leur pratique et cela à deux niveaux. Les soins qui y sont liés sont importants par leur fréquence dans leur activité quotidienne mais aussi par l'impact sur la santé de leurs clients car cela permet à ceux-ci de prendre leurs traitements de manière plus correcte et d'éviter des erreurs et des accidents de médication.

Face à un objet potentiellement bénéfique ou dangereux pour la santé, plusieurs aspects de l'activité de l'infirmière sont mis en avant. Il s'agit d'observer et d'évaluer les effets des médicaments sur la santé des clients et de communiquer ces observations au médecin traitant, qui est censé adapter le traitement afin que celui-ci corresponde aux besoins du client. Les infirmières sont conscientes que favoriser l'observance thérapeutique dans le cadre des soins à domicile est difficile car les clients sont beaucoup plus libres et autonomes qu'à l'hôpital. Elles montrent d'ailleurs une assez grande acceptation de l'autodétermination de ceux-ci et tendent à respecter leurs choix dans la prise de médicaments, en particulier si celui-ci est éclairé.

Pour exercer leur rôle, elles estiment important d'avoir des connaissances appropriées des médicaments, ce qui n'est pas aisé car ils sont nombreux, différents et souvent nouvellement mis sur le marché. Les infirmières se perçoivent à la fois comme des exécutantes des ordres médicaux et comme des professionnelles compétentes qui prennent position face à la prescription, qui donne son avis concernant les traitements pour le bien des clients. Enfin, elles expriment de nombreux soucis pour le bien-être de leurs clients, ce qui se traduit par leurs efforts pour veiller à ce que ceux-ci aient des traitements médicamenteux correspondants à leurs besoins et qui leurs soient bénéfiques. En particulier, elles se doivent de contribuer à traiter efficacement les douleurs des clients. Elles expriment leur malaise d'être parfois confrontées et impliquées dans des traitements avec lesquels elles ne sont pas d'accord.

CHAPITRE V
LA DISCUSSION

Discussion des principaux résultats en fonction du problème et des questions de recherche

Il est apparu dans la présente étude que les représentations du rôle infirmier telles qu'exprimées par les infirmières interrogées sont d'une grande cohérence avec leurs représentations des médicaments. En effet, en comparant les données sur les représentations des médicaments et les perceptions du rôle infirmier, il a été possible de mettre en évidence des grappes de représentations appariées. La première grappe se compose des représentations des médicaments allopathiques indispensables pour les maladies sérieuses, dont la prescription n'est pas remise en doute, et même encouragée pour les antalgiques, pour lesquels une erreur de médication peut avoir des conséquences graves et dont il est important d'encourager la prise régulière. La seconde grappe est constituée par des médicaments remis en question car leur utilité et leurs effets sont plutôt suspects et qui comportent davantage d'effets négatifs que positifs. Pour ceux-ci, le respect de l'observance est moins important. La troisième grappe comporte les stratégies de minimisation des risques liés aux médicaments allopathiques non-indispensables qui comporte à la fois une prescription minimaliste de ceux-ci et des approches alternatives bénéfiques et non dangereuses, qui sont une forme de prescription infirmière. Cette dernière grappe semble viser à donner davantage de **sens** pour les infirmières à la prise en charge des personnes âgées à domicile.

Les représentations des médicaments utilisés par les infirmières dans leur vie privée montrent une grande similitude avec celles concernant leurs clients. Les représentations sur la manière de les consommer suit la même logique dans les deux contextes. Mais les différences au niveau de l'état de santé des personnes (clients ou infirmières et leurs enfants) fait que leur consommation effective est différente. Un point de convergence des plus intéressants entre le privé et le professionnel est constitué par les représentations liées à leurs proches âgés, qui sont marquées par leurs grandes similarités

concernant les médicaments indispensables, les médicaments douteux, le vaccin contre la grippe et le recours aux approches alternatives.

Un phénomène de dissonance cognitive auquel les infirmières doivent parfois faire face, lorsqu'elles sont en désaccord avec la situation dans laquelle elles sont impliquées ou lorsqu'elles se sentent exclues des décisions thérapeutiques, a été mis en évidence. Cela a confirmé les réactions de type affectif et émotionnel décrites par la chercheuse dans l'énoncé de la problématique et qui ont été en partie à l'origine de son questionnement. Kennard, Speroff, Follen, Mallatratt, Phillips, Desbiens, Califf & Connors (1996), dans une étude effectuée dans cinq hôpitaux américains, ont également montré que lorsque les infirmières se sentent exclues des décisions thérapeutiques, cela peut mener à des sentiments de baisse d'estime de soi, de frustration et d'insatisfaction. Ce point sera développé plus loin.

Enfin, la chercheuse fait l'hypothèse que les infirmières se sont moins prononcées sur les types de prescription qui ne les dérangent pas.

Comparaison entre les résultats de la présente étude et la recension des écrits

Les résultats de la présente étude seront comparés avec quelques éléments présentés dans la recension des écrits.

Les écrits sur les représentations des médicaments chez les profanes montrent de nombreuses similitudes avec les représentations mises en évidence chez les infirmières à domicile. Pour ne citer que les plus importantes, il y a (a) l'existence d'une dichotomie entre médicaments puissants, nécessaires pour les maladies graves mais comportant des risques à causes de leurs effets secondaires et médicaments « de tous les jours », pour les « petites maladies », (b) une opposition entre médicaments allopathiques, chimiques, agressifs et médicaments alternatifs, homéopathiques et à base de plantes marqués par

une image de « naturel », plus douce, plus sûre mais aussi d'action plus lente, (c) la familiarité d'un médicament qui le rend plus sûr, (d) l'ambivalence face aux médicaments, (e) la crainte marquée des effets indésirables et secondaires et (f) le doute quant à l'efficacité des médicaments. Il existe également de grandes similitudes concernant les représentations sur la consommation de médicaments, en particulier lorsque comparées à la consommation privée des infirmières. Ces représentations sont marquées par (a) la nécessité de consommer peu de médicaments, si ce n'est de les éviter, d'en prendre que si vraiment nécessaire et (b) les représentations négatives de leur consommation à long terme.

Concernant les représentations des médicaments chez les infirmières, à part l'étude de Nash & al, (2002), des écrits recensés sur les antalgiques opiacés et non-opiacés émergent de nombreuses craintes quant à leurs effets secondaires, avec pour conséquences un risque d'administration insuffisante de ces médicaments. Ces résultats sont très différents de ceux de la présente étude dans laquelle les infirmières expriment très peu de représentations négatives des antalgiques.

Les similitudes au niveau du rôle infirmier sont (a) ne pas faire d'erreurs médicamenteuses, (b) avoir des connaissances suffisantes, (c) évaluer les effets des médicaments, en particulier les effets secondaires, (d) évaluer la douleur afin d'adapter les traitements antalgiques, (e) promouvoir l'observance thérapeutique, (f) respecter l'autodétermination des clients en lien avec leur prise de médicaments (il faut noter que l'étude de Barbara (1996) a aussi été faite auprès d'infirmières à domicile), (g) faire de l'éducation en lien avec les médicaments et (h) défendre les intérêts des clients. Une différence importante au niveau du rôle infirmier est que dans les études présentées les infirmières sont réticentes à administrer des antalgiques à leurs clients, en particulier en dose suffisante, alors que les infirmières à domicile dans cette étude se plaignent de l'insuffisance de leur prescription. Selon la chercheuse, cette différence pourrait être due à (a) la différence des contextes de soins (milieu hospitalier et soins à domicile), (b) de

l'état de santé réel et représenté des clients, (c) de la durée des douleurs (aiguës ou chroniques), (d) de la nature et de l'origine des douleurs, (e) de la proximité affective entre les infirmières et les clients (probablement plus grande à domicile étant donné une prise en soin à long terme) et (f) des représentations différentes des médicaments et de leurs effets.

Les craintes liées à l'incorporation des médicaments. Cette étude a montré les craintes importantes qui accompagnent les médicaments et leurs effets à l'intérieur du corps, ce qui renvoie fortement au principe d'incorporation présenté dans la recension des écrits. La chercheuse pense avoir montré à quel point l'incorporation des médicaments, comme celle de nourriture, est cause d'une grande anxiété et de sentiments de prise de risque. De plus, le mode d'administration peut changer la représentation du danger encouru. Par exemple, lorsque des produits homéopathiques sont administrés par injection, ils sont perçus comme plus dangereux, ce qui peut faire penser que la manière dont les médicaments « *font effraction dans le corps* » comme le dit Pignarre (1997) a une influence sur leurs représentations.

Les représentations des médicaments dans le rapport au temps. Dans la recension des écrits, Vuckovic (1999) a montré comment le manque de temps causé par les obligations familiales et professionnelles affecte la consommation de médicaments chez des mères de famille et leurs enfants. Certaines infirmières dans la présente étude ont montré que leur rapport au temps a une influence sur leurs représentations des médicaments et comment elles consomment de l'allopathie lorsqu'elles sont pressées. Le rythme de vie actif de ces femmes contraste avec la vie des personnes âgées, marquée par la retraite et la diminution des obligations liées à la vie quotidienne et rythmant celle-ci.

Pour les infirmières, proposer l'utilisation de méthodes alternatives, qui agissent plus lentement, correspond-il à des représentations de leurs clients âgés, qui « ont le temps » ?

Les représentations des psychotropes et de leur prescription

Les résultats de cette étude ont montré que les représentations des psychotropes sont très diverses, certaines infirmières les percevant comme aidants alors que d'autres estiment qu'ils sont prescrits de manière excessive dans certaines situations de souffrance psychique et de solitude liées à l'âge. Or, selon Fainzang (2001), la souffrance psychique a encore un statut particulier dans les sociétés occidentales. Elle peut être assimilée à une faiblesse de la personnalité et sa prise en charge médicamenteuse peut être « *l'indice d'une incapacité à surmonter soi-même sa souffrance* » (Le Pen, 1991, dans Fainzang, 2001, p.104). Ce fait, conjugué à une attitude fataliste vis à vis des possibilités de traiter les personnes âgées, pourrait être un frein à la promotion de médicaments visant à traiter certains de leurs problèmes de santé.

Les résultats portant sur les représentations des psychotropes et de leur prescription confirment l'étude de Glasspoole & Aman (1988) faite auprès de 378 infirmières travaillant dans diverses institutions pour personnes âgées. Lorsque interrogées sur des modifications à introduire dans l'utilisation de psychotropes dans leur institution, celles-ci ont proposé (a) une meilleure évaluation de la santé des clients sous psychotropes (20,4), (b) une moindre utilisation de ces médicaments (14,2%), (c) une utilisation plus importante d'alternatives comportementales (14,25) et (d) une plus grande implication des infirmières dans les décisions thérapeutiques (7,8%).

Le vaccin contre la grippe

La présente étude confirme que les infirmières sont peu enclines à se faire vacciner et montre que leurs représentations de ce vaccin pour elles-mêmes sont plutôt défavorables. Les résultats de cette étude présentent des similarités avec l'étude faite par questionnaires auto-administrés auprès 2351 employés des hôpitaux publics du canton du Tessin en Suisse (Cassis, 2002). Dans cette étude, les principaux motifs évoqués pour accepter de se faire vacciner sont les suivants : (a) être persuadé que la vaccination est efficace, (b) éviter de contaminer les clients, (c) ne pas créer des problèmes organisationnels, (d) éviter d'être contaminé et (e) éviter de contaminer les proches. Les personnes refusant de se faire vacciner le font car (a) n'a jamais eu la grippe, (b) le risque encouru ne justifie pas la vaccination, (c) est contre les vaccins en général et (d) a peur des effets secondaires.

Des résultats marqués par les dimensions de risque et d'incertitude.

Selon la chercheuse, cette étude fait émerger l'hypothèse que la pratique des infirmières à domicile en lien avec les médicaments de leurs clients est très marquée par les dimensions de risque et d'incertitude. Risques liés aux effets secondaires et indésirables des médicaments, à la prescription, à la maladie, en opposition à des « non-risques » liés à des approches autres qu'allopathique, à des états de santé conservés et non altérés par la vieillesse. Le tout relié à des stratégies de diminution du risque. Parler de représentations du risque donne tout son sens à l'utilisation de la théorie des représentations sociales. En effet, une personne qui fait l'évaluation du risque lié à un objet le fait le plus souvent en fonction de ses représentations préexistantes concernant celui-ci (Pedroni et Zweifel, 1988). Le risque lié à un objet est en relation avec une représentation positive ou négative de cet objet. Selon Dake (1992), la représentation des

risques étant construite socialement, elle peut être considérée non pas comme subjective mais comme intersubjective, comme une cognition partagée. Cet aspect social des représentations du risque a été démontré dans cette étude par le discours relativement homogène des infirmières sur les risques liés aux médicaments. Pour Pedroni et al. (1988), l'acceptation du risque présenté par le médicament dépend du rapport qu'il y a entre le risque lié à la maladie et l'avantage qui est lié au médicament, ce qui est ressorti clairement dans la présente étude. Selon ces mêmes auteurs, les risques fréquents, connus, observables sont sous-estimés au niveau de leur fréquence alors que les risques rares, nouveaux, inobservables et incontrôlables sont surestimés. Cela apparaît en deux points dans les représentations des infirmières. D'une part, une banalisation des « petits médicaments » de type paracétamol et parfois Aspirine, utilisés pour faire face aux troubles bénins de la vie quotidienne, qui parfois ne sont même pas appelés « médicaments », éléments retrouvés dans l'étude de Nunez Perez (1980). Par exemple, Fainzang (2001), traitant de l'automédication, a trouvé que des personnes, déclarant ne jamais s'automédiquer, font pourtant une exception concernant l'Aspirine. D'autre part l'influence favorable de l'ancienneté et de la familiarité des médicaments sur leurs représentations, confirme l'étude de Britten (1994). Les résultats ont aussi montré une certaine méfiance, si ce n'est une opposition, face aux médicaments nouveaux, en raison des incertitudes liées à leurs effets.

L'autre dimension marquant les résultats de cette étude est l'incertitude. Celle-ci touche des aspects aussi divers que le fonctionnement des médicaments dans le corps, leurs effets y compris les effets secondaires et indésirables, leur efficacité, l'état de santé des clients qui peut se « péjorer » à tout moment en raison de leur âge et l'incertitude liée à la nature des soins infirmiers à domicile. Ces notions de risque et d'incertitude très présents dans les représentations des médicaments et du rôle infirmier sont à mettre en miroir avec le devoir de contrôle et de maîtrise de la situation de soin, élément très présent dans le monde infirmier, dans la formation professionnelle, dans les institutions

de soins et par la société plus en général (médecin, entourage des clients, etc.). Le souci que les infirmières ont exprimé d'avoir suffisamment de connaissances en lien avec les médicaments participe aussi à ce besoin de contrôle du risque et de l'incertitude. Les clients eux-même ont une image de l'infirmière comme quelqu'un qui tente de les contrôler et jeter les comprimés à l'insu de celle-ci est une manière de déjouer ce contrôle. La chercheuse se demande également si la préparation minutieuse du semainier, fidèle à la prescription médicale, est un moyen d'exorciser les risques liés aux traitements, de sécuriser le plus possible l'univers des médicaments des clients.

La consommation de médicaments des clients et celle des enfants des infirmières ont un point commun. En effet, pour ces deux groupes, ce sont les infirmières qui assument la préparation et l'administration des médicaments, dans leur rôle professionnel ou dans leur rôle de mère. Ce sont donc elles qui portent le fardeau des risques liés à la consommation des médicaments de ces personnes. Une d'entre elles exprime ce fait tellement bien par les termes « *apporter le poison* ».

Une partie des efforts des infirmières semble donc dirigée vers la gestion, mais pas nécessairement le contrôle complet, des risques et de l'incertitude. Cela ne signifie par pour autant que les infirmières n'aient pas développé un *modus vivendi* relativement satisfaisant et adapté à leur réalité, comme le montre par exemple ce qu'elles disent de l'observance, montrant une certaine acceptation de l'incertitude liée à leur pratique professionnelle.

Conception des soins infirmiers prévalente dans les soins à domicile

Les soins infirmiers à domicile à Genève ont pour mission de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées et de permettre à celles-ci de recevoir des soins de qualité dont elles ont besoin dans leur environnement habituel de vie. Les soins en lien avec les traitements médicamenteux font partie d'une prise en charge globale, qui favorise la stimulation des ressources personnelles de la personne soignée, ses choix

personnels et son autonomie. Faire de l'enseignement en lien avec les traitements médicamenteux est un soin qui va dans ce sens. Les soins visent au respect et au souci de la personne soignée, à une écoute et une présence faites par l'infirmière dans un but d'accompagnement de la personne et de son entourage. Le client est considéré comme un partenaire à part entière, avec lequel est élaboré un projet de soins qui peut évoluer sur la durée. La nature du lien existant entre l'infirmière et la personne soignée amène celle-ci à veiller à défendre les intérêts de celle-ci. Dans la présente étude, différents éléments de la conception des soins infirmiers dans les soins à domicile apparaissent clairement dans les représentations des infirmières.

Les résultats de l'étude et le cadre de référence des représentations sociales

Les résultats de cette étude peuvent aisément mis en lien avec le cadre de référence des représentations sociales. Cela est particulièrement apparent lorsqu'on se réfère aux quatre fonctions des représentations sociales. Les fonctions cognitives et de savoir des représentations sont particulièrement apparentes par le sens donné par les représentations des médicaments et du rôle infirmier à la pratique professionnelle des infirmières et à leur rôle de soignante naturelle au sein de leur famille. D'autre part, certaines résultats comme, par exemple la représentation de l'infirmière comme faisant partie d'un groupe professionnel chargé de veiller aux intérêts de ses clients, sont à mettre en lien avec les fonctions identitaires des représentations sociales. Les fonctions d'orientations des représentations sont clairement apparues lorsque les infirmières décrivent comment leurs représentations des médicaments peuvent guider leur pratique. Enfin, les fonctions affectives et de justification des représentations ressortent lorsqu'elles montrent comment leurs représentations des médicaments et du rôle infirmier en lien avec les médicaments les soutiennent dans leurs prises de position concernant les traitements médicamenteux de leurs clients.

Hypothèse sur la genèse de certaines représentations des médicaments apparues dans l'étude

Selon Buclin et Ammon, (2001) cinq éléments sont à la source des contenus mentaux concernant les attentes à l'égard des médicaments. Ces auteurs traitent en particulier de l'automédication mais la chercheuse estime que ces éléments sont aussi valables pour tenter d'expliquer la genèse des représentations des médicaments chez les infirmières. Il y a l'expérience personnelle, au cours de laquelle l'individu observe les effets des médicaments sur lui-même. La deuxième source est l'observation et le recueil du témoignage d'autrui. Il y a aussi les connaissances acquises par l'enseignement et l'information. L'éducation et les modèles auxquels la personne a été confrontée dans le passé entrent aussi en jeu. Enfin, il y a l'inférence, qui peut être personnelle ou collective, lorsque la personne justifie son comportement dans une situation inédite à partir de son expérience personnelle, de l'observation d'autrui, des informations disponibles et de l'éducation reçue, Selon Buclin et al. « *les règles et la pertinence de ces rationalisations varient énormément d'une personne à une autre, allant de la logique la mieux fondée aux associations les plus surprenantes* » (2002, p.210). La chercheuse s'est intéressée à l'observation des médicaments sur soi-même et l'observation sur autrui. Elle fait l'hypothèse que ces points, en particulier l'observation sur autrui, pourraient être les sources prédominantes des représentations des médicaments chez les infirmières. Celles-ci ont obtenu leur diplôme d'infirmière en moyenne il y a 22,7 ans (entre 11 ans et 28 ans) et n'ont pas suivi de cours de pharmacologie depuis 18,4 ans en moyenne (entre 7 ans et 27 ans). Même si les infirmières se sont montrées très soucieuses de se tenir à jour par rapport à leurs connaissances des médicaments, la mise en évidence de ces chiffres permet de s'interroger sur les poids respectifs des informations et des connaissances en regard de l'observation d'autrui et de soi-même dans la genèse des représentations des médicaments.

La genèse des représentations sociales est étroitement liée au contexte professionnel (institution, type de soins donnés, etc.) et au profil de la clientèle prise en soins. Les infirmières à domicile travaillent essentiellement auprès de personnes âgées, dans une pratique où prédomine la chronicité, avec des maladies le plus souvent non guérissables, d'évolution incertaine. Lorsqu'il y a des douleurs, celles-ci tendent à persister. Selon Lacroix et Assal (1998), il y a souvent peu de lien entre les plaintes et les données biologiques comme l'atteste la citation suivante. La chercheuse fait l'hypothèse qu'il peut y avoir une connaissance insuffisante du diagnostic par l'infirmière ou désaccord entre le médecin et l'infirmière à son sujet, ce qui a une incidence sur les représentations de la prescription idéale pour le client en question. Le traitement des maladies chroniques est important pour la survie et/ou le confort quotidien mais a des effets variables. De plus, les soignants ne doivent pas seulement traiter les crises aiguës mais aussi suivre la maladie dans sa phase silencieuse (Lacroix et al., 1998). A ce point, la chercheuse désire revenir au rôle de l'observation des effets des médicaments sur autrui dans la genèse des représentations sociales des médicaments chez les infirmières. Cette dichotomie des médicaments entre les catégories « indispensables » et « utilité douteuse » correspond-elle aux observations faites par les infirmières au cours de leur longue carrière professionnelle ? Elles auraient pu observer les effets positifs de certains médicaments, peut-être déjà lors de leur pratique hospitalière antérieure. Mais pour d'autres médicaments, elles n'auraient pu objectiver que peu de résultats probants, compte tenu des caractéristiques des maladies chroniques, à leur évolution silencieuse, à l'absence de possibilité de guérison, au diagnostic parfois incertain. De plus, comme l'a exprimé une infirmière, il est parfois plus aisé de voir les effets négatifs de médicaments, « *parce que les gens le disent quand ils ne se sentent pas bien* », que leurs effets positifs. Cela pourrait renforcer la représentation de ces médicaments remis « douteux » dont les effets négatifs l'emportent sur les effets positifs. La chercheuse fait également l'hypothèse qu'une confrontation régulière à l'inobservance réelle ou potentielle de leurs clients (qui sont

libres d'agir comme bon leur semble entre les visites de l'infirmière), sans qu'il y ait forcément des conséquences visibles sur leur santé, a une influence sur les représentations des effets des médicaments et de l'observance thérapeutique.

Les infirmières font-elles intervenir des représentations ordinaires des médicaments dans le cadre de leur pratique professionnelle ?

Dans l'énoncé de la problématique, la chercheuse a fait référence aux notions de représentations professionnelles et représentations ordinaires (Osiek-Parisod, 1994). Certaines représentations des médicaments pourraient être de type professionnel, par exemple lorsque les infirmières parlent explicitement et précisément d'effets secondaires. La chercheuse se propose de présenter quelques pistes par rapport à la mobilisation de représentations ordinaires dans le cadre de la pratique professionnelle.

Les infirmières sont-elles conscientes du fait qu'elles peuvent faire intervenir des représentations ordinaires dans le cadre professionnel ? Deux infirmières parlent explicitement du fait que leurs habitudes en matière de consommation relèvent de leur sphère privée et qu'elles veillent à ne pas les faire interférer dans leur pratique professionnelle. Par contre, deux autres infirmières décrivent comment elles font intervenir leurs convictions personnelles défavorables au vaccin contre la grippe dans leur pratique professionnelle, en s'abstenant de conseiller cette vaccination, sauf pour l'une d'entre elles aux personnes âgées.

Les termes utilisés pour décrire les médicaments peuvent-ils être un indicateur de la présence de représentations ordinaires ? En effet, elles utilisent des termes tels que « *une bonne béquille* », « *un médicament qui marche dans le bon sens* », « *le médicament va être digéré par le foie* » pour parler des médicaments. Elles disent que les erreurs médicamenteuses peuvent provoquer une « catastrophe », que l'homéopathie « *tape moins lourd et moins fort* ».

Le fait que les représentations des médicaments pour leurs clients aient un nombre important de similitudes avec les représentations de médicaments chez les profanes présentés dans la recension des écrits peut-il être indicatif ?

Les conséquences des interférences des représentations ordinaires des médicaments sur les soins donnés

Dans la problématique, la chercheuse postule que les représentations ordinaires des médicaments risquent d'influencer les soins donnés et en particulier la manière de présenter les traitements à leurs clients. Les données récoltées montrent que cela risque aussi d'être le cas lors des contacts entre médecins et infirmières, lorsque ces dernières prennent position face aux traitements de leurs clients. Par ailleurs, la chercheuse a aussi introduit les concepts d'ethnocentrisme et d'imposition culturelle. L'ethnocentrisme apparaît dans cette citation sur l'inobservance. « *Ça dépend, s'il a des bonnes raisons, je vois ce qu'on peut faire, j'en discute, je le signale au médecin et puis j'en parle avec lui. Si c'est des raisons qui ne me paraissent pas valables, alors j'essaie de l'inciter à prendre quand même ce traitement* ». Il y a un risque d'imposition culturelle lorsque les infirmières proposent à leurs clients des approches alternatives qui font partie de leurs propres références culturelles. Etant donné le fossé socioculturel séparant des professionnelles bien formées, de la classe moyenne, la plupart âgées de 40 à 50 ans, à des personnes âgées, de tous milieux socioculturels, la chercheuse s'interroge sur la nature de cette rencontre entre deux systèmes de représentations autour de la santé et de la maladie. Guchet (1995) parle de « *choc culturel* » entre les soignants et les clients, dans le sens où chacun parle et agit de là où il est.

Les infirmières font face à des phénomènes de dissonance cognitive

La chercheuse a choisi de présenter une partie des résultats à la lumière de la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957). Cette théorie concerne les cognitions et les relations entre les cognitions. Lorsque deux éléments cognitifs sont pertinents l'un à l'autre, ils peuvent être soit consonants, soit dissonants entre eux. Il y a dissonance entre deux notions lorsque celles-ci sont incompatibles (Poitou, 1974). Ces notions sont constituées par « *toute connaissance, opinion, croyance relative au milieu, à soi-même ou à sa propre conduite* » (Festinger, 1957, p.3). Les infirmières ont montré des manifestations d'insatisfaction liées à certains aspects de leur pratique professionnelle. Ce qu'elles en disent montre qu'elles se trouvent dans un état de dissonance cognitive car les actions dans lesquelles elles sont impliquées sont dissonantes par rapport à leurs représentations du rôle infirmier. « *Parce qu'on pourrait faire plus pour la personne qui souffre. Quand on est soignant et qu'on est face à une personne qui souffre, on voudrait qu'elle arrête de souffrir. Donc on voudrait faire tout ce qu'on peut pour qu'elle souffre le moins possible* ».

L'hypothèse de Festinger est que la dissonance cognitive est un état pénible pour l'individu, qui éprouvera un malaise psychologique ; il tentera de réduire la dissonance et restaurer la consonance. Le but de la présentation de cette théorie est donc aussi de percevoir de quelles manières les infirmières tentent de réduire les dissonances cognitives auxquelles elles sont confrontées. Par exemple, les infirmières estiment que des traitements comportant beaucoup de médicaments ne sont pas appropriés pour les personnes âgées. Mais elles doivent préparer des semainiers contenant beaucoup de médicaments. Selon la théorie de Festinger, on peut éliminer la dissonance en modifiant une des notions en son contraire. Et s'il n'est pas possible de transformer ces notions, on peut réduire la dissonance en ajoutant à une des deux notions en jeux une notion qui lui est consonante. Ainsi, la dissonance qui était initialement de 1/2 passe alors à une valeur

de 1/3, une notion étant alors dissonante avec les deux autres. On peut aussi retrancher une notion dissonante par oubli sélectif ou, au lieu de jouer sur le nombre, agir sur l'importance respective des notions. Par exemple, dans un premier temps, cette infirmière tente de faire modifier la prescription. *« C'est arrivé que le traitement me pose problème, c'est arrivé que je trouve qu'on ne calme pas assez des patients. Et ça m'est arrivé de le dire au médecin et d'avoir une discussion orageuse à cause de ça »*. Ensuite elle dit qu'elle se soumet à la décision médicale. Lorsque la chercheuse lui demande comment elle arrive à gérer cette situation en elle-même, elle répond : *« J'ai un sentiment d'impuissance qui est désagréable, mais je sais que je suis infirmière et que j'ai choisi cette profession-là et que je suis censée appliquer les ordres du médecin, donc, je le fais »*. Il y a là un processus de réduction de la dissonance cognitive. Lorsqu'il est évident qu'il est impossible de faire changer la prescription, l'infirmière met l'accent sur son rôle d'exécutante, dans un rôle consonant à la prescription, plutôt que sur son rôle de personne prenant position face à la prescription, qui est dissonant par rapport à la prescription dans cette situation. Maintenir un état de consonance peut se faire en refusant d'effectuer un acte avec lequel on n'est pas en accord. *« Parce que justement j'ai été à l'école d'infirmière, on m'a donné des connaissances. Et j'ai 25 ans d'expérience derrière moi, ce n'est pas pour faire n'importe quoi, pour accepter n'importe quoi non plus »*.

Beauvois et Joule (Maisonneuve, 1997) ont radicalisé la théorie de Festinger pour l'appliquer aux conflits résultant de contradictions entre opinions et conduites extorquées dans un contexte de pouvoir. La chercheuse estime que dans le cadre d'administration de médicaments sur délégation médicale, les infirmières se trouvent dans une situation qui peut être assimilée à un contexte de pouvoir. Ces chercheurs considèrent que les attitudes et les représentations des sujets tendent à s'aligner aux conduites imposées par les circonstances, ce qu'ils interprètent comme une réduction de dissonance par rationalisation. Dans cette situation *« l'homme n'est libre et responsable que pour mieux*

rationaliser des conduites de soumission qui échappent à sa liberté et à sa responsabilité » (Maisonneuve, 1997, p.224).

Les limites de l'étude

La technique de l'entretien semi-directif peut comporter certains biais. Des facteurs émotionnels peuvent être présents chez la personne interrogée comme chez la chercheuse. L'informatrice peut également désirer donner une image positive d'elle-même. C'est pourquoi, la chercheuse a informé les informatrices que ce qu'elles vont dire ne va pas être jugé et que ce qui l'intéresse est la production d'un discours authentique et non normatif. Cependant les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des infirmières, même si dans un lieu fermé et à l'écart, et cela a peut-être eu des conséquences sur l'authenticité de ceux-ci.

Pour Albric (1994) l'entretien approfondi est une méthode indispensable à toute étude sur les représentations. Cependant, il estime que l'utilisation de l'entretien pose plusieurs questions. L'accès aux représentations est permis grâce à la production d'un discours et il est nécessaire d'analyser les conditions de production de ce discours.

Or le discours est une activité complexe, caractérisé par certains éléments qui en rendent l'analyse difficile: activité d'un sujet locuteur utilisant une langue naturelle, le discours est donc soumis à des règles d'énonciation. L'expression discursive dans un entretien favorise -consciemment ou non- l'utilisation de mécanismes psychologiques, cognitifs et sociaux qui rendent problématiques la fiabilité et la validité des résultats: rationalisation, scotomisation, contrôle, obligation plus ou moins forte de cohérence, filtrage de tous ordres (Albric, 1997, p. 61).

D'autre part la situation d'entretien est ce qu'Albric appelle « *une situation d'interaction finalisée* », dans laquelle certaines caractéristiques (contexte, objectifs perçus, statut et image du chercheur, etc.) peuvent influencer la production du discours et il sera alors difficile de distinguer ce qui tient au contexte et ce qui provient d'un aspect stable de la représentation.

La généralisation des résultats à d'autres contextes. Cette étude s'est déroulée dans un contexte particulier qui a été décrit précisément. La chercheuse estime que les résultats de cette étude ne sont pas généralisables à d'autres contextes, en raison de la petite taille de l'échantillon, mais qu'ils permettent d'enrichir de manière qualitative les données existantes par rapport à cette problématique. Cependant cette étude a permis de dessiner le noyau central et une bonne partie du système périphérique des représentations des médicaments et du rôle infirmier les concernant chez les infirmières à domicile du canton de Genève (Suisse) en 2002-2003. Les résultats de cette étude peuvent aussi être une ressource pour la préparation d'études ultérieures dans ce domaine.

Limites de l'étude concernant le processus d'échantillonnage. Le fait que l'échantillon ait été de type accidentel a peut-être influencé le profil des infirmières interrogées. En effet, on peut faire l'hypothèse que les infirmières qui ont contacté la chercheuse avaient particulièrement envie de s'exprimer sur le sujet.

La position de la chercheuse. La chercheuse a travaillé de nombreuses années en tant qu'infirmière à domicile. De son point de vue, cette expérience professionnelle pourrait avoir créé des biais dans ce travail de recherche de plusieurs manières. Premièrement durant les entretiens, par la nature de certaines questions, qu'une personne non-infirmière n'aurait peut-être pas posé. D'une part, la très bonne connaissance qu'elle a de cette réalité professionnelle lui a probablement permis de comprendre certains aspects du discours des infirmières de manière très proche de ce qu'elles ont voulu dire, tout en gardant à l'esprit que l'analyse d'un discours reste un travail d'interprétation. D'autre part, son expérience passée a peut-être influencé son analyse des données dans le sens de ses propres représentations du rôle infirmier.

Les recommandations

Sur le plan de la recherche

La chercheuse estime qu'il serait pertinent de faire des études de même type dans d'autres milieux de soins et avec des infirmières plus jeunes, éventuellement même des étudiantes en soins infirmiers, afin de rechercher dans quelle mesure un contexte de soins différent, une clientèle différente et un cursus professionnel autre influence leurs représentations. Il serait également souhaitable d'explorer davantage les représentations des soins en lien avec les médicaments, en particulier au niveau des contradictions entre les représentations des infirmières et les pratiques professionnelles dans lesquelles elles sont impliquées, car cela concerne non seulement la qualité des soins mais aussi leur qualité de vie au travail.

Afin d'explorer l'importance du ou des « fossés culturels » séparant les infirmières de leurs clients âgés, la chercheuse recommande de faire le même type d'étude chez des personnes âgées, sur leurs représentations des médicaments et du rôle de l'infirmière en lien avec leurs traitements médicamenteux.

La chercheuse a mis en évidence l'importance des représentations portant sur les personnes âgées et les possibilités de traiter celles-ci avec des médicaments comme le montre cette citation. « *La non reconnaissance des besoins de la personne, des besoins réels. Je parle de gens très âgés, chez qui ça ne va pas changer grand chose* ». Des représentations de ce type peuvent être liées à une acceptation adéquate de l'âge et de la santé des personnes âgées. Mais elles pourraient aussi favoriser une attitude fataliste quant à l'utilisation de traitements chez celles-ci et avoir une influence négative sur les soins donnés. C'est pourquoi, tout en ne sachant pas si ce sujet a déjà été traité et avec quelle ampleur, elle recommande d'investiguer les représentations des personnes âgées chez les infirmières et les conséquences de ces représentations sur les soins donnés.

Pour la formation professionnelle

Promouvoir la connaissance de concepts liés aux aspects psychologiques et socioculturels de la santé. Cette étude a mis en évidence l'importance du concept de représentations sociales pour comprendre la réalité de la pratique infirmière. La chercheuse recommande la diffusion de ce concept pour montrer l'importance de la « réalité » de chacun, tout en soulignant qu'il ne suffit pas à lui seul pour une meilleure compréhension des situations de soins. D'autres concepts liés aux aspects psychologiques et socioculturels de la santé (comme la culture, l'identité, etc.) ont leur importance dans la formation professionnelle. « *Les gens, surtout les gens âgés qui ont cette, cette approche, c'est normal de souffrir. Et puis on leur dit, mais non ce n'est pas normal. Puisqu'il y a des choses, on peut vous donner des médicaments pour atténuer votre douleur, à quoi elle vous sert votre douleur. Ah mais c'est comme ça, oui ! Comme s'il fallait payer je ne sais trop quelle facture* ». Ces concepts peuvent devenir autant d'outils permettant aux infirmières de mieux comprendre et de mieux vivre les situations de soins dans lesquelles elles sont impliquées.

Proposer davantage de formations sur les médicaments. Un autre axe comporte la promotion de cours sur le sujet des médicaments (bien que la présente recherche ne porte pas sur les connaissances des infirmières) et sur les possibilités des traitements et d'amélioration de la qualité de vie chez les personnes âgées, afin de prévenir une attitude fataliste des infirmières à l'égard de ceux-ci. Il faut préciser que certaines infirmières ont exprimé leur désir d'avoir accès à des informations fiables et neutres et de pouvoir suivre des cours de pharmacologie dans le cadre de la formation permanente.

Tenir compte des représentations des infirmières dans les projets de formation. La présente étude montre qu'il est nécessaire de tenir compte du concept de représentations dans tout projet de formation visant à influencer les pratiques infirmières.

Pour la pratique

Les recommandations pour la pratique découlent des recommandations pour la formation professionnelle. Il s'agit de la connaissance et l'utilisation de concepts liés aux aspects psychologiques et socioculturels en lien avec la santé et la connaissance des médicaments et des possibilités de traitements chez les personnes âgées. La chercheuse recommande aux infirmières l'utilisation du concept de représentations sociales et l'identification et l'analyse de leurs propres représentations, afin d'éviter des phénomènes d'ethnocentrisme et d'imposition culturelle, afin de tendre à ce que Osiek-Parisod nomme «*une gestion plus lucide de sa relation aux partenaires et usagers* » (1994, p.149). Ainsi, il est conseillé de se référer aux concepts issus des sciences humaines cités précédemment dans le cadre de leur pratique professionnelle, afin d'aider les infirmières à avoir une meilleure compréhension de ce qu'elles ressentent en lien avec les situations rencontrées, car cela contribue à l'établissement d'une « bonne distance » par rapport aux événements auxquels elles sont confrontées. Cette démarche pourrait avoir une incidence positive sur les soins donnés et contribuer à améliorer leur qualité de vie au travail. La chercheuse peut témoigner que la connaissance et l'utilisation de ces concepts ont soutenu et enrichi sa pratique d'infirmière à domicile et lui ont permis d'avoir beaucoup de plaisir dans les contacts avec les clients pris en soins.

REFERENCES

Aballea, F. (1987). Le besoin de santé, les déterminants sociaux de la consommation. Vanves : publications du C.T.N.E.R.H.I. diffusion Presses Universitaires de France.

Adams, S., Pill, R., & Jones, A. (1997). Medication, chronic illness and identity. The perspective of people with asthma. Social Science and Medicine, 45, (2), 189-201.

Albric, J-C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique. In Ch. Guimelli (Edit.). Structures et transformations des représentations sociales. (pp. 73-84). Neuchatel : Delachaux et Niestlé.

Albric, J-C. (1997). Les représentations sociales : aspects théoriques. In J.-C. Albric (Edit.). Pratiques et représentations sociales. (pp. 11-36). Paris : Presses Universitaires de France.

Arndt, M. (1994a). Nurses' medication errors. Journal of Advanced Nursing, 19, (3), 519-526.

Arndt, M., (1994b). Research practice : how drug mistakes affect self-esteem. Nursing Times, 90, (15), 27-31.

Barbara, V.G. (1996). Reconceptualizing compliance in home health care. Nursing Forum, 31, (2), 5-9.

Bardin, L. (1998, L'analyse de contenu. Paris : Presses Universitaires de France.

Baszanger, I. (1995). Douleur et médecine, la fin d'un oubli. Paris : Seuil.

Bissel, P., Ward, P. & Noyce, P. (2000). Mapping the contours of risk: consumer perceptions of non-prescription medicines. Journal of Social and Administrative Pharmacy, 17, (3), 136- 142.

Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). L'enquête et ses méthodes. Paris: Editions Nathan.

Britten, N. (1994). Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. British Journal of General Practice, (44), 465-468.

Buclin, T. et Amon, C. (2001), Aspects psychologiques, culturels et sociaux. In T. Buclin et C. Ammon (Edit.), L'automédication, pratique banale, motifs complexes. (pp.209-216). Genève : Editions Médecine et Hygiène.

Calnan, M. & Williams, S. (1992). Image of scientific medicine. Sociology of Health and Illness, 14, (2), 234-254.

Cameron, C. (1996) Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. Journal of Advanced Nursing, 24, 244-250.

Cargill, J.M. (1992). Medication compliance in elderly people: influencing variables and interventions. Journal of Advanced Nursing, 17, (3), 422-426.

Carlier, A.M.,(1996). Reconnaître, évaluer et traiter la douleur. Soins, (606), 35-37.

Cheek, J. (1997). Nurses and the administration of medications: broadening the focus. Clinical Nursing Research, 6, (3), 252.

Closs, S.J. (1990). An exploratory analysis of nurses' provision of postoperative analgesic drugs. Journal of Advanced Nursing, 15, (1), 42-49.

Closs, S.J. (1996). Pain and the elderly patients: a survey of nurses's knowledge and experience. Journal of Advanced Nursing, 23, (2), 237- 242.

Col, N., Fanale, JE & Kronholm, P. (1990). The role of medication in noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Archives of Internal Medicine, 150 (4): 841-845.

Collière, M-F. (1996). Soigner, le premier art de la vie. Paris : InterEditions.

Conrad, P. (1985). The meaning of medications: another look at compliance. Social Science and Medicine, 20, (1), 29-37.

Cooperstock, R. & Lennard, H.L. (1979). Some social meanings of tranquilizer use. Sociology of Health and Illness, 1 (3), 331-347.

D'Houtaud, A.et Field, M.G., (1989), La santé, approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société. Presses Universitaires de Nancy.

Domenighetti, G. (1998), Médecine ambulatoire: principal facteur de coût et d'inflation à la charge direct des assurés? Médecine et Hygiène, (56), 381-388.

Donovan, J. L. & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? Social Science and Medicine, 34, (5), 507-512.

Dummett, S. (1994). Avoiding drug administration errors : the way forward. Nursing Times, 90, (15), 32-34.

Durand, J.-P. et Weil, R. (1997). Sociologie contemporaine. Paris : Vigot.

Erlen, J.A. (1997). Ethical questions inherent in compliance. Orthopedic Nursing, 16, (2), 77-83.

Esposito, L. (1995). The effects of medication education on adherence to medication regimen in an elderly population. Journal of Advanced Nursing, 21, (4), 935-943.

Fainzang, S. (2001). Médicaments et société. Paris : Presses Universitaires de France.

Fischler, C. (1990). L'omnivore. Paris : Odile Jacob.

Flament, C. (1997). Structures et dynamiques des représentations sociales. In D. Jodelet (Edit.). Les représentations sociales, (pp. 224-239). Paris : Presses Universitaires de France.

Fondation des services d'aide et de soins à domicile. (2003). Rapport d'activité 2002.

Friard, D., Leyreloup, A.-M., Louesdon, J., Rajablat, M., Stoltz, G. et Windisch, M. (1995) Manque de connaissance associée à la médication: interaction soignants-soignés, Recherche en soins infirmiers, (42), 88-94.

Gabe, J. & Lipshitz-Phillips, S. (1982). Evil necessity? The meaning of benzodiazepine use for women patients from one general practice. Sociology of Health and Illness, 4, (2), 201-209.

Gabe, J. & Calnan, M. (1989). The limits of medicine : womens' perception of medical technology. Social Science and Medicine, 28, (3), 223-231.

Gauthey, L., Toscani, L. et Schira, J.-C. (1997). Vaccination contre la grippe en Suisse. Sozial Praeventivmedizin, 42, (2), 107-111.

Gladstone, J. (1995). Drug administration errors: a study into the factors underlying the occurrence and reporting of drugs errors in a district general hospital. Journal of Advanced Nursing, 22, (3), 628-637.

Gucher, C. (1995). De la relation d'aide à la notion de partenariat: le rôle et la responsabilité des professionnels face à la personne aidée et aux aidants naturels, Gérontologie, 4, (96), 1995.

Hackel, R., Butt, L. & Banister, G. (1996). How nurses perceive medication errors. Nursing Management, 27, (1), 31-49.

Hamers, J.P.H., Huijjer Abu-Saad, H., Halfens, R. J. G. & Schumacher, J. N. M. (1994). Factors influencing nurses' pain assessment and interventions in children. Journal of Advanced Nursing, 20, (4), 853-860.

Harlay, A. et Veillerobe, A.-M. (1995). L'administration des médicaments, le risque thérapeutique et l'infirmier(e), Paris : Masson.

Helman, E.G. (1981). "Tonic", "Fuel" and "Food": Social and symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs. Social Science and Medicine, 15B, 521-533.

Holme Hansen, E. (1989). Is the controlled clinical trail sufficient as a drug technology assessment ?, Journal of Social and Administrative Pharmacy. 6, (3), 117-126.

Horgas, A.L. & Tsai, P.-F. (1998). Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. Nursing Research, 47, (4), 235-242.

Horne, R., (1993), One to be taken as directed: reflexions on non-adherence (non-compliance). Journal of Social and Administrative Pharmacy, 10, (4), 150-156.

Horne, R. & Weinman, J. (2001), Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. Psychology and Health, 00, 1-21.

Jodelet, D., (1996), Représentations sociales : phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Edit.), Psychologie sociale. (pp. 357-378), Paris, Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (1997). Représentations sociales : un domaine en expansion. In D. Jodelet. (Edit.) Les représentations sociales. (pp. 47-78). Paris: Presses Universitaires de France.

Jordan, S., Hardy, B. & Coleman, M. (1999). Medication management: an explanatory study into the role of community mental health nurses. Journal of Advanced Nursing, 29, (5), 1069-1081.

Kennard, M., Speroff, T., Puopolo, A.L., Follen, M.A., Mallatratt, L., Phillips, R., Desbiens, N., Califf, R.M. & Connors A.F., (1996), Participation of nurses in decision for seriously ill adults, Clinical Nursing Research, 5, (2), 199-206.

Kaufmann, J-C. (1996) L'entretien compréhensif. Paris: Nathan.

Kershaw, M. (1994). Consultant editor's comment. Nursing Times, 90, (15), 26.

Knudsen Stromme, H. & Botten, G. (1993a). Drug-related problems among old people living at home, as perceived by a sample of norwegian home care providers. Journal of Social and Administrative Pharmacy, 10, (2), 63-69.

Knudsen Stromme, H. & Botten, G. (1993b). Support and service for the drug treatment of old people living at home: a study of a sample of norwegian home care providers. Journal of Social and Administrative Pharmacy. 10, (3), 130-137.

Louis Simonet, M. (1998). La prescription thérapeutique: un acte sous influences. Médecine et Hygiène, (56), 2073-2077.

Lebeer, G. (1997). La violence thérapeutique. Sciences Sociales et Santé, 15, (2), 69-98.

Leininger, M. (1995). Transcultural nursing, concepts, theories, research and practices. New York : McGraw-Hill.

Lupton, D. (1996). Food, the body and the self. London : Sage Publications Ltd.

McCaffery, M., & Ferrell, B.R. (1996). Correcting misconceptions about pain assessment and use of opioid analgesics; educational strategies aimed at public concerns. Nursing Outlook, 44, 184-90.

McCaffery, M., & Ferrel, B.R. (1997). Influence of professionnel vs. personal role on pain assessment and use of opioids. The Journal of Continuing Education in Nursing. 28, (2), 69-77.

Maisonneuve, J. (1997), Introduction à la psychosociologie. Paris : Presses Universitaires de France.

Monane M., Monane, S. & Semla, T. (1997). Optimal medication use in elders : key to successful aging. The Western Journal of Medicine, 167 (4), 233-238.

Montagne, M. (1992). The promotion of medication for personal and social problems. The Journal of Drug Issues 22, (2), 389-405.

Moscovici, S. (1961). La psychanalyse, son image et son public. Paris : Presses Universitaires de France.

Moscovici, S., et Hewstone, M. (1996) De la science au sens commun. In S. Moscovici (Edit.), Psychologie Sociale. (pp.539-564). Paris, Presses Universitaires de France.

Mugny, G., et Carugati F. (1985). L'intelligence au pluriel : les représentations sociales de l'intelligence et de son développement. Cousset : DelVal.

Nash, R., Yates, P., Edwards, H., Fentiman B., Dewar, A., McDowell, J., & Clark, R., (2000). Pain and the administration of analgesia: what nurses say. Journal of Clinical Nursing. 8, (2), 180-189.

Nichter, M., & Vuckovic, N. (1994). Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice, Social Science and Medicine, 39, (11), 1509-1525.

Nunez Perez, M-G. (1980). Quelques aspects de la représentation sociale du médicament. Mémoire non publié, Université de Genève, Genève, Suisse.

Osiek-Parisod, F. (1994). Infirmières dans l'école. Partage de l'action éducative et enjeux identitaires. Genève : Service de la recherche sociologique.

Overgaard Larsen, B., & Holme Hansen, E. (1985) The active medicine user. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 3, 55-59.

Pharma Information. (2002). Le marché du médicament en Suisse. Bâle : Service de communication d'Interpharma.

Pignarre, P. (1997). Qu'est-ce qu'un médicament ? Un objet étrange entre science, marché et société. Paris : Editions La Découverte.

Piguet, V., Cedraschi, C., Desmeules, J., Allaz, A-F., Kondo-Oestreicher, M. et Dayer, P. (2000). Prescription médicamenteuse : les attentes des patients. Médecine et Hygiène, (58), 814-817.

Playle, J.F., & Keeley, P. (1998). Non-compliance and professional power, Journal of Advanced Nursing, 27, (2), 304-311.

Pourtois, J-P. et Desmet, H. (1997), Epistémologie et instrumentations en sciences humaines. Sprimont : Madraga éditeur.

Priest, R.G., Vize, C., Roberts, A., Roberts, M., & Tylee, A. (1996). Lay people's attitude to treatment of depression: results of opinion poll for defeat depression campaign just before its launch. British Medical Journal, 313, 858-859.

Prout, A., Hayes, L., & Gerlder L. (1999). Medicines and the maintenance or ordinariness in the household management of childhood asthma. Sociology of Health and Illness, 21, (2), 137-162.

Revue de l'infirmière. (1999) (auteur anonyme). Médicaments et rôle infirmier (dossier) (55), 17-30.

Rycroft-Malone, J., Latter, S., Yerrell, P., & Shaw, D. (2000). Nursing and medication education, Nursing Standard, 14, (50), 35-39.

Sachs, L., Sterky, G., & Tomson, G. (1988). Medicines and Society – Towards a new perspective, Journal of Social and Administrative Pharmacy, 5 (3-4), 133-140.

Service du Médecin Cantonal. (1999). Pratique professionnelle et responsabilité professionnelle des infirmiers-ières. République et Canton de Genève, Département de l'action sociale et de la santé.

Siegel, K. & Gorey, E. (1997). HIV-infected women: barriers to AZT use. Social Science and Medicine, 45, (1), 15-22.

Stimson, G. (1974). Obeying doctor's orders: a view from the other side. Social Science and Medicine, 8, 97-104.

Stuck, A. E., Stuckerlberger, A., Gafner Zwahlen, H. et Beck, J.C. (1995). Etude randomisée de visites préventives à domicile (projet EIGER) ; hypothèses et données de base. Médecine et Hygiène, (53), 2385-2397.

Tamblyn, R. (1996). Medication use in seniors: challenges and solutions. Thérapie, (51), 269-282.

Tempelaar, A. F. (1997). The problem doctor as a iatrogenic factor: risks, errors, malfunctioning and outcomes. In P. Lens & G. Van der Wal (Ed.). Problem doctors, a conspiracy of silence. (pp.31-56). Amsterdam: Edition IOS Press.

Trostle, J. (1988) Medical compliance as an ideology. Social Science and Medicine, 27, (12), 1299-1308.

Van der Geest, S. & Reynold Whyte, S.,(1989). The charms of medicines: metaphors and metonyms. Medical Anthropology Quaterly, 3, (4), 345-367.

Verbeek-Heida, P.M. (1993). How patients look at drug therapy: Consequences for therapy negotiations in medical consultations. Family Practice, 10, (3), 326-329.

Voyer, P. (1999). Les pilules sont ma responsabilité. L'infirmière canadienne, (9), 37-42.

Vuckovic, N. (1999). Fast Relief: Buying time with medications. Medical Antropology Quaterly, 13, (1), 51-68.

Weiss, W. (1993). La santé en Suisse. Lausanne : Office Fédéral de la Santé Publique, Payot.

Wessman, A.C. & McDonald, D.D. (1999). Nurses' personal pain and their pain management knowledge. The Journal of Continuing Education in Nursing, 30, (4), 152-157.

Willson, H. (2000). Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip. Journal of Advanced Nursing, 31, (5), 1145-1154.

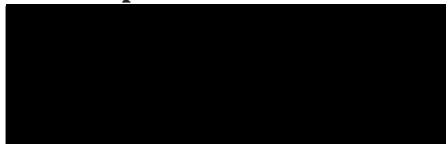
ANNEXES

Annexe 1 : formulaire de renseignement aux participantes

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTES

Titre de l'étude: Représentations sociales des médicaments chez des infirmières à domicile.

Chercheuse responsable:



Directrice de mémoire responsable :

Hélène Lefebvre
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Tél : 514-343-6111, # 3382

**Introduction:**

Cette étude constitue le mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention d'une maîtrise en sciences infirmières.

Les soins relatifs aux traitements médicamenteux des clients sont très fréquents dans la pratique des soins infirmiers à domicile. Cependant, il n'y a encore eu que peu de recherches en sciences infirmières effectuées sur ce que pensent les infirmières des médicaments en général, des médicaments qu'elles administrent à leurs clients, ainsi que sur ce qu'elles pensent du rôle infirmier par rapport aux médicaments.

Buts et objectifs de l'étude

Cette étude vise à explorer comment les infirmières se représentent les médicaments et le rôle professionnel infirmier en lien avec les traitements médicamenteux chez leurs clients vivant à domicile.

Modalités de participation à l'étude

Vous avez été pressentie pour participer à cette étude car vous travaillez à la FSASD comme infirmière auprès de la clientèle. Votre participation consistera à avoir un entretien avec la chercheuse responsable qui durera environ 60 minutes. Après avoir reçu des informations sur cette étude, vous avez manifesté votre intérêt à y participer et avez contacté la chercheuse. Celle-ci vous a remis le document d'information (résumé de l'étude), vous a expliqué le projet de recherche et vous a fait signer un formulaire de

consentement. Suite à votre acceptation la chercheuse a répondu à vos questions. Un délai de réflexion vous a été accordé. L'entretien aura lieu pendant vos heures de travail.

Conditions de participation

Vous avez été pressentie pour participer à cette étude car vous travaillez à la FSASD comme infirmière auprès de cette clientèle. Si vous acceptez de participer à cette étude, votre participation consistera à accorder un entretien d'environ 60 minutes pendant vos heures de travail à Madame Katharina Mayenfisch Duggan.

Avantages à participer

Vous ne retirez pas de bénéfices directs de votre participation. Cependant, les résultats de cette étude aideront à accroître les connaissances dans le domaine cité.

Risques et inconforts

Le seul inconvénient causé par cette étude est le temps que vous consacrerez à ces rencontres.

Cependant, l'entretien s'effectuera pendant vos heures de travail.

Participation volontaire et retrait de l'étude

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer sans préjudice en tout temps sans devoir justifier votre décision et sans que cela ne vous nuise. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, il vous suffit d'aviser verbalement la chercheuse responsable Katharina Mayenfisch Duggan, tél 757 21 46 ou 079 778 53 06.

Caractère confidentiel des informations

Nous tenons à vous assurer que ce que vous direz restera totalement confidentiel. Les données seront traitées de manière confidentielle. Tous les documents concernant l'interview seront conservés avec soin afin de veiller au respect de cet élément. La cassette audio sera conservée sous clé et détruite à la fin de l'étude.

Questions sur l'étude (Renseignements et urgence)

Veillez conserver ce feuillet explicatif. Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet ou si vous avez des questions au sujet de cette étude ou pour faire tout autre commentaire, vous pouvez communiquer à tout moment avec:

**Ethique**

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la chercheuse citée ci-dessus, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Mme Jocelyne St-Arnaud (tél 514 343 76 19). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pouvez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Mme Marie-Josée Rivest (tél 514 343 21 00).

Annexe 2 : formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude: Représentations sociales des médicaments chez des infirmières à domicile.

Chercheuse responsable: Katharina Mayenfisch Duggan MA. (cand.)

Je (nom en lettres moulées du sujet)....., déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec Katharina Mayenfisch Duggan et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du sujet.....Date.....

Je, Katharina Mayenfisch Duggan, déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du sujet);

.....

Signature de l'investigatrice.....Date.....

Annexe 3 : guide d'entretien

Divisé en deux grands thèmes:

1. Perceptions des médicaments : (a) en général, (b) dans leur vie professionnelle, (c) dans leur vie privée.
2. Le rôle professionnel infirmier en lien avec les traitements médicamenteux de leurs clients.

1a. Pourriez-vous me dire ce que pour vous sont les médicaments, que représentent-ils pour vous?

A quoi servent les médicaments?

Quels sont les résultats et les effets des médicaments?

1b. Pourriez-vous me parler des médicaments que vous rencontrez dans votre pratique professionnelle?

1c. Pourriez-vous me parler des médicaments en lien avec votre vie privée, lorsque cela concerne votre entourage et vous-mêmes?

Les médicaments que vous rencontrez dans le cadre de votre vie professionnelle sont-ils différents de ceux que vous utilisez dans votre vie privée? En quoi le sont-ils?

En résumé, pourriez-vous me définir ce qui, pour vous, est un médicament et ce qui n'en est pas ? (médicaments allopathiques, médicaments issus des médecines parallèles, alternatives, traditionnelle) (mode de prise ou d'administration du médicament)

2. Quel est, selon vous, le rôle professionnel de l'infirmière à domicile en lien avec les traitements médicamenteux des clients ? (rôle professionnel/rôle privé)

Que sont, selon vous, des soins infirmiers de qualité en lien avec les traitements médicamenteux de vos clients? (préparation et administration de médicaments, observance thérapeutique, connaissance des médicaments, responsabilité professionnelle, aspects éthiques).

Annexe 4 : grille d'analyse

Thèmes principaux

1. Définitions des médicaments
 - 1.1. Par les substances constituantes
 - 1.2. Par leur ancienneté, leur nouveauté
 - 1.3. Par leur fonctionnement dans le corps
 - 1.4. Par la relation qu'on a avec eux, la confiance, la familiarité, l'expérience personnelle
 - 1.5. Par le prescripteur
 - 1.6. Par le mode d'administration
 - 1.7. Par le dosage
 - 1.8. Par la durée
 - 1.9. Par leurs propriétés
 - 1.10. Par leur action, leurs effets
 - 1.11. Par leur efficacité
 - 1.12. Par leurs effets secondaires, les effets indésirables
 - 1.13. Par la recherche, la production industrielle, le commerce

2. Par les catégories
 - 2.1. Médicaments allopathiques
 - 2.2. Médicaments homéopathiques, à base de plantes
 - 2.3. Oligo-éléments, vitamines, magnésium, compléments alimentaires
 - 2.4. Hygiène de vie
 - 2.5. Méthodes non médicamenteuses

3. Par l'état de santé, le type d'affection

4. La prescription, la consommation des médicaments
 - 4.1. Les déterminants de la prescription, de la consommation de médicaments
 - 4.2. La prescription, la consommation effective
 - 4.3. Prise idéale de médicaments, comment on devrait les prendre, y avoir accès

5. Rôle infirmier
 - 5.1. Rôle important l'infirmière, partie importante de son travail, rôle clef par rapport aux médicaments des clients
 - 5.2. Par les connaissances, les informations, les compétences
 - 5.3. La gestion des traitements médicamenteux
 - 5.4. L'observance thérapeutique, la liberté à prendre son traitement
 - 5.5. L'enseignement thérapeutique
 - 5.6. Rôle en relation avec les autres infirmières
 - 5.7. Rôle en lien avec l'institution
 - 5.8. Esprit critique par rapport aux médicaments
 - 5.9. Les infirmières en lien avec la prescription médicale

- 5.10. La collaboration avec les médecins
 - 5.11. Les médecins en relation avec les infirmières
 - 5.12. Soins infirmiers de qualité, philosophie, principes éthiques personnels, responsabilité professionnelles
 - 5.13. Les infirmières par rapport aux clients
 - 5.14. En relation avec l'entourage du client
-
- 6. Les médecins en lien avec les clients
-
- 7. Les clients
-
- 8. Les attitudes des infirmières face aux médicaments

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : « Représentations sociales des médicaments chez des infirmières à domicile ».

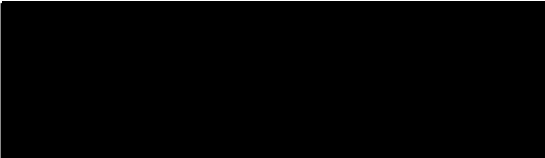
Sous la direction de : Madame Hélène Lefebvre

À la réunion du 15 avril 2002, neuf membres du CERSS étaient présents. Ce sont : la présidente du comité et experte en éthique, le représentant de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, le représentant de l'École d'optométrie, le représentant du Département de kinésiologie, l'experte en droit, la représentante des étudiants et le représentant du public.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Ce certificat est émis pour la période du : 26 août 2002 au 26 août 2003.

Le 26 août 2002.



Suzanne St-Amand, Ph.D.
Présidente, CERSS
Faculté des sciences infirmières
Tél.: (514) 343-7619