

Diplôme Inter-Universitaire Ethique en Santé
« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »

A LA RECHERCHE D'UNE JUSTE RELATION DU SOIGNANT AVEC LE PATIENT ALCOOLODÉPENDANT

Mariane FROMENT ép. BRET

Mémoire soutenu le 8 septembre 2016

Tuteurs :

Tuteur Académique : Madame Julie HENRY
Philosophe, ENS de Lyon

Tuteur Professionnel : Dr Claude AUGUSTIN-NORMAND
Praticien hospitalier addictologue - Hôpital de la Croix Rousse - Lyon

Je tiens tout particulièrement à remercier Julie HENRY et Claude AUGUSTIN-NORMAND pour leur disponibilité, leur écoute et la richesse de nos échanges.

Table des matières

Table des matières	1
Introduction	5
1. L'alcool.....	10
1.1. Qu'est ce que l'alcool ?	10
1.2. Usage et consommation	11
1.3. L'alcoolisme ou l'addiction à l'alcool.....	12
1.4. Le patient alcoolodépendant	14
1.5. L'addiction	14
1.6. Données psychologiques.....	15
1.7. Données neurobiologiques : mécanisme de l'addiction	16
1.8. Les risques.....	18
1.9. La dépendance	20
1.10. Des chiffres.....	21
2. Méthodologie.....	23
3. Discussion.....	24
3.1. Prendre soin.....	25
3.1.1. Soigner	26
3.1.2. Le soin	27
3.1.3. Le care	28
3.2. La rencontre	30
3.2.1. Corps objet et corps sujet.....	31
3.2.2. Le temps	34
3.2.3. Le visage.....	34
3.2.4. La responsabilité.....	36
3.3. Compréhension de la maladie	38
3.3.1. Les représentations.....	39
3.3.2. La norme, la valeur.....	42
3.3.3. Le jugement	44
3.4. Accompagnement vers le professionnalisme	46
3.4.1. Le statut.....	46
3.4.2. Les compétences.....	47
3.4.3. L'interrogation, le questionnement.....	48
3.4.4. L'information pour une meilleure compréhension	52
4. Conclusion	58

BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	64
Table des annexes.....	65
ANNEXE I Score de Cushman	66
ANNEXE II Diagnostic et Statistical Manual of mentals disorders DSM-IV-TR (code 303.90)	67
ANNEXE III Classification internationale des maladies CIM-10 (code F10.2)	68
ANNEXE IV PRESENTATION DE L'ENTRETIEN.....	69
ANNEXE V QUESTIONNAIRE Infirmières et aides soignantes	70
ANNEXE VI QUESTIONNAIRE Cadre de santé	71
ANNEXE VII Réponses question 1.....	73
ANNEXE VIII Réponses question 2	74
ANNEXE IX Réponses question 3	78
ANNEXE X Réponses question 4.....	81
ANNEXE XI Réponses question 5	85
ANNEXE XII Réponses question 6.....	87
ANNEXE XIII Réponses question 7	89
ANNEXE XIV Réponses question 8.....	92

Introduction

Notre parcours soignant est teinté de nos différentes expériences professionnelles et personnelles, fruits du hasard ou choisies, heureuses ou malheureuses.

Il débute par l'opportunité d'une embauche dans une unité de soin. Nous analysons à cette occasion notre intérêt pour la pathologie traitée, notre adhésion à l'état d'esprit et au climat qui en résulte, sa répercussion sur notre vie personnelle. Cette réflexion oriente inévitablement la suite de notre cheminement.

Nous ne pouvons ignorer l'importance et l'impact des rencontres faites au cours de ce parcours, rencontres avec les patients et leur famille, les soignants, le personnel administratif, les bénévoles, etc.

Elles nous bousculent, nous étonnent, nous surprennent, nous apprennent, nous agacent, nous mettent en colère, nous font rire ou pleurer, nous émeuvent... Nous réagissons en tant que citoyen et soignant, en fonction de nos valeurs, de nos représentations, des normes héritées de notre éducation, de notre formation professionnelle, au sein d'une équipe soignante, lieu de mise en tension de pratiques individuelles et collectives.

L'addiction à l'alcool est une constante parmi les pathologies côtoyées au cours de mon parcours professionnel de trente ans. Au cours de mes années d'exercice tant comme infirmière que comme cadre de santé, j'ai observé différentes attitudes de soignants face au patient alcoolo-dépendant : le mépris, le rejet, la violence, le désintérêt, l'évitement, la compassion...

Mon attitude auprès des patients alcoolo-dépendants a elle même évolué au cours de mon parcours professionnel. Mon professionnalisme s'est construit toutefois dans une forme de « solitude partagée » dans le sens où parmi les soignants régnaient des avis divergents voir opposés quant à la considération de ces patients.

J'ai d'abord craint d'affronter l'agressivité verbale et physique, manifestée de façon consciente ou non par le patient. Déstabilisée par cette pathologie, perçue par certains soignants « d'autodestructrice », j'étais également attirée par cette rencontre d'une forme de marginalité laissant entrevoir un « mal être » que je souhaitais mieux comprendre.

Les échanges avec mes pairs à propos de cette pathologie complexe n'ont pas été accompagnés. Je n'ai su comment interpréter cette absence d'explication : une forme de maladresse ou de gêne face à la complexité de cette pathologie, un désintérêt ou une attitude accusatrice ? Quoiqu'il en soit, nous constatons une difficulté d'entrer en relation et parfois une mise au rebu des patients

atteints.

J'ai progressivement appris à prendre de la distance face aux premières manifestations dues au manque, à l'agressivité, au refus de soin. Mes appréhensions ont diminué et j'ai pu atteindre ces patients pour qui la frontière floue, perméable, entre le somatique et le psychologique (ou psychiatrique) nécessite un accompagnement particulier.

La rencontre, il y a quelques années, d'une équipe spécialisée en addictologie, l'ELSA (Equipe de Liaison de Soins en Addictologie), a modifié ma perception de cette pathologie et de son traitement.

Travailler avec cette équipe a été l'occasion de découvrir un abord différent de cette addiction à l'alcool car il s'agit alors pour le soignant d'affronter cette pathologie, de la reconnaître et non pas de l'éviter, de l'ignorer ou de la fuir. Outre la prise en charge spécifique de l'addiction, l'ELSA offre la possibilité d'accompagner les soignants, eux mêmes en situation d'accompagnement auprès des patients, permettant ainsi une meilleure compréhension des situations rencontrées.

Actuellement infirmière cadre de santé dans une unité de soin, je travaille au sein d'une équipe où sont accueillis des patients souffrant d'une addiction à l'alcool, atteints parallèlement de pathologies hépatiques et infectieuses (hépatites, cirrhose, carcinome hépatocellulaire, cholangiocarcinome, transplantation hépatique, VIH).

Les patients accueillis sont issus de tous milieux sociaux, plus fréquemment cependant en situations précaires et isolés socialement. Certains patients étrangers parlent peu ou pas français, la relation ne s'établit donc pas par l'intermédiaire du langage : notre regard, notre attitude deviennent les traducteurs de notre pensée. La difficulté de l'accompagnement de ces patients au cours de leurs hospitalisations en est ainsi accrue.

Je ne puis alors faire abstraction de ma fonction de cadre de santé, construite au regard de mon parcours infirmier. L'accompagnement des soignants de l'équipe est réfléchi pour permettre leur réflexion, l'expression de leurs valeurs et de leurs doutes, l'écoute de leurs intuitions et de leurs analyses tout en les aidant à prendre du recul, à poursuivre la construction de compétences relationnelles spécifiques telle la transmission d'une culture soignante au sein du service, acquise au fil des expériences et des situations rencontrées conduisant vers un savoir-faire puis un savoir-être.

La multiplicité de prises en charge complexes au sein de l'unité demande aux soignants une attention et une vigilance permanente afin de répondre aux besoins spécifiques de chacun et en particulier ceux du patient souffrant d'une addiction à l'alcool.

Emergence du questionnement

Les addictions considérées positives comme par exemple le travail, le jogging induisent un ressenti de l'ordre de la satisfaction et non de la honte ou culpabilité comme l'alcoolisme.

Sur le plan culturel, l'usage de l'alcool n'est pas rejeté, il fait partie d'une tradition alimentaire, synonyme de convivialité, de fête. En revanche lorsque la consommation d'alcool devient abusive, nous voyons poindre des attitudes répréhensives, des condamnations morales de la conduite de la personne alcoolique.

L'addiction à l'alcool n'est certes pas la seule source d'exclusion. Le sida a été à l'origine d'une stigmatisation importante des personnes contaminées. Il faut cependant faire la différence entre ces deux pathologies : les habitudes de vie, les milieux sociaux ne sont pas forcément similaires. De plus être atteint du sida pose la question de la confidentialité du diagnostic ce qui n'est pas le cas pour le patient alcoolodépendant.

En revanche les militants du sida ont œuvré avec vigueur, « leur exigence de reconnaissance d'une dignité qui leur était discutée, d'une position respectée de citoyens (...) a marqué en profondeur l'évolution des mentalités et des dispositifs ».¹ Dans cet article, Emmanuel Hirsch cite l'importance de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Je suis fréquemment interpellée par des soignants extérieurs à l'unité à propos des patients accueillis et suivis dans le cadre de l'addictologie. Les propos tenus expriment souvent un jugement de valeur, ils reflètent une attitude dévalorisante et propice à l'exclusion et la stigmatisation. Traduisent-ils leur appréhension à prendre en charge ces patients du fait de la méconnaissance de cette pathologie ? Est ce du mépris, de la pitié ? Comment comprendre ces réactions ? Est ce en lien avec leur expérience personnelle, avec leur propre histoire au sein d'une famille d'alcoolodépendant ?

Je constate que l'attitude des soignants exerçant au sein de l'unité est plus nuancée. La proximité, le côtoiement de ces personnes un peu « hors normes » favorise une connaissance plus fine des pathologies de l'addiction. A leur arrivée dans l'unité, les soignants n'ont pas reçu de formation théorique spécifique à propos de l'addiction à l'alcool. La constatation de la souffrance

¹ HIRSCH E. Le soin comme engagement éthique. *Réflexions*. 2011 ; 4 : 7-1

psychologique spécifique de cette pathologie met à mal les représentations de chacun.

La mise en place de conditions encourageant les échanges entre soignants paramédicaux, médicaux, assistantes sociales, psychologues et psychiatres apparaissent indispensables: les moments d'échanges quotidiens et/ou spécifiques où chacun est convié favorisent ainsi les questionnements, les explications et les prises de décision.

A cette occasion les soignants expriment leur impuissance et leurs difficultés face au constat de la manipulation, du mensonge, du déni et de la souffrance de ces personnes.

Bousculés par l'attitude parfois provocatrice et manipulatrice du patient, ils deviennent alors capables de prendre un certain recul et d'avoir une attitude plus tolérante à l'égard du patient alcoolo-dépendant tout en revendiquant parallèlement, en tant que professionnels, le respect de leur travail au sein du cadre hospitalier. Leur cheminement fait ainsi apparaître la possibilité d'une rencontre soignante avec le patient alcoolo-dépendant lorsque la peur et l'appréhension sont dépassées.

L'exemple suivant illustre ce constat.

Nous avons mis en place au sein de l'unité une méthode d'apaisement, de relaxation pour tous les patients : la RESC (Résonance Energétique par Stimulation Cutanée) avec une attention particulière pour les patients alcoolo-dépendants. Cette méthode consiste à faire circuler l'énergie en stimulant par effleurage des points corporels utilisés dans la médecine chinoise. Proposée au patient et non imposée, son acceptation n'est pas évidente car la perception corporelle est modifiée dans la cas de l'addiction à l'alcool et le refus d'être touché est de fait un obstacle à l'exercice de cette méthode.

A l'issue des séances, les patients ont exprimé oralement, et certains par écrit, leur ressenti : ils étaient arrivés à l'hôpital en craignant un jugement de notre part et avaient un fort sentiment de culpabilité, de dévalorisation, de perte de dignité. Ils se sont sentis reconnus, et ont été surpris que « l'hôpital fasse quelque chose pour eux ».

Les soignants ont eux-mêmes été surpris de l'intensité de cette culpabilité, de ce besoin de reconnaissance et ont constaté la manifestation d'une plus grande confiance à leur égard (tant vis à vis des praticiens de cette méthode que pour les autres soignants).

Ils ont ainsi mesuré l'impact des jugements de valeurs dans l'accueil du patient et le difficile travail à réaliser au quotidien pour dépasser ce frein relationnel. Ils revendiquent l'acquisition de cette nouvelle compétence auprès d'autres collègues.

L'hospitalisation peut être l'une des étapes du parcours suivi par le patient pris en charge pour sa dépendance à l'alcool. Mais si elle n'est qu'un des jalons de ce parcours, l'hospitalisation n'en

est pas moins primordiale car la personne alcoolo-dépendante est confrontée à une équipe soignante, à d'autres patients, à des règles de vie institutionnelle, au sevrage du produit de l'addiction, à un espace de vie délimité. C'est un temps de négociation nécessaire dans cet espace qui est un lieu de soins normé et un lieu de vie pour des patients hors normes.

L'accueil et l'attitude des soignants sont des facteurs qui conditionnent le vécu de l'hospitalisation du patient dépendant à l'alcool.

Les professionnels doivent tout mettre en œuvre pour que celle-ci se déroule dans les meilleures conditions afin de permettre au patient de poursuivre sa prise en charge, reconnu en tant qu'homme à part entière, porteur d'une histoire personnelle et non comme un simple représentant d'une pathologie alcoolique, lui garantissant ainsi le respect de sa dignité.

Le regard posé sur la personne alcoolique et l'alcoolisme m'interroge en tant que citoyenne et soignante mais se questionner à ce sujet n'est ce pas aussi d'une certaine façon faire de ces patients une catégorie particulière?

Inévitablement l'existence de préjugés, de jugements de valeur est posée. Quelle est la place des valeurs et de nos affects dans le soin ?

Mes remarques précédentes traduisent une forme de vulnérabilité des soignants face au patient alcoolo-dépendant. Ils sont confrontés à leur propre relation à l'alcool, à la question de l'addiction trop rapidement associée à une forme d'absence de maîtrise de soi, aux représentations de la dépendance à l'alcool et à celle qu'ils ont de leur rôle de soignant.

Dans ce contexte, ces réflexions m'amènent à considérer la place des représentations dans notre lien à l'autre, sujet dépendant à l'alcool, et me conduit à poser la question suivante :

Dans quelle mesure, le patient alcoolo-dépendant non sevré convoque-t-il la vulnérabilité du soignant ?

Il m'a paru nécessaire au préalable de consacrer un chapitre au sujet de l'alcool avant d'exposer les résultats de l'enquête effectuée. La mise en lien des connaissances scientifiques avec les réponses des soignants sera d'autant plus lisible.

1. L'alcool

1.1. Qu'est ce que l'alcool ?

L'éthanol ou alcool éthylique ou encore alcool pur (terme utilisé plus communément) est obtenu à partir de la fermentation de végétaux riches en sucres et par distillation : grains, fruits, racines. Il entre dans la composition de boissons alcoolisées : le vin, le cidre, la bière, le whisky, la vodka, les spiritueux (alcools distillés).

Le terme « alcoolique » pour désigner la boisson contenant de l'alcool apparaît seulement à la fin du XVIIIe.

L'alcool est une « drogue » qui a la propriété d'entraîner une dépendance. Plus précisément il est une substance psychoactive qui modifie le fonctionnement cérébral, entraîne des modifications de perceptions auditives, corporelles, visuelles et de comportement.

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS)² précise en 2007 dans son 2^{ème} rapport du Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool qu'« en tant que substances psychoactives, les boissons alcoolisées sont utilisées pour leurs propriétés de modulation de l'humeur. En tant que substances enivrantes, elles sont employées pour échapper à la réalité objective. En tant que liquides, elles sont utilisées pour étancher la soif. En tant que sources de calories, elles sont utilisées comme aliments ».

Ses effets sont très inégaux car ils sont fonction du métabolisme de chacun et du contexte : ils varient selon la corpulence, l'état de santé physique et/ou psychique, en fonction du sexe.

Du fait de sa petite taille et de sa structure moléculaire, l'alcool ingéré n'est pas digéré : il est métabolisé au niveau du foie et diffuse dans tout l'organisme en particulier le cerveau.

L'alcoolémie, taux de concentration d'alcool dans le sang, traduit objectivement le degré d'imprégnation de chacun. Elle s'exprime en gramme d'alcool par litre de sang et se mesure de deux manières : directe par un prélèvement sanguin et indirecte en mesurant le taux d'alcool dans l'air expiré à l'aide d'un alcootest ou d'un éthylomètre.

² http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_french.pdf?ua=1 p.5

1.2. Usage et consommation

L'usage de l'alcool est autorisé, il varie selon les cultures et les traditions. Le fait de boire des boissons alcoolisées peut être « un symbole d'exclusion ou d'inclusion d'un groupe social, un symbole de célébration ou d'un acte sacramentel »³. En France, il est essentiellement synonyme de convivialité, de partage, de fête.

La consommation de cette substance est d'autant plus accessible à tous qu'elle ne nécessite pas de connaissance particulière comme celles de l'anatomie veineuse et du savoir-faire technique de l'injection (de produit illicite par exemple).

Le calcul de sa consommation est fait à l'aide du verre étalon, soit un verre standard servi dans les bars contenant 10 cl de vin à 12° qui équivaut lui même à 1 unité alcool.

Il est intéressant de noter les équivalences suivantes⁴:



En France, le seuil de risque traduisant un mésusage de l'alcool est de 21 verres par semaine pour les hommes, 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 4 verres par occasion pour un usage ponctuel⁵.

La consommation française d'alcool a diminuée de moitié depuis 1960⁶. La France reste cependant parmi les 5 pays d'Europe les plus consommateurs et se situe au 6^{ème} rang mondial des pays consommateurs. Cette diminution est essentiellement due à la réduction de la consommation de vin au cours des repas : le vin, boisson quotidienne autrefois, devient une boisson festive.

³ p.6 VALLEUR M. et MATYSIAK JC. *Les addictions: [dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique]* (2002). Armand Colin

⁴ <http://alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool#.Vsx4EMdA-Qs>

⁵ <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf> p.10 consulté le 11/5/2016

⁶ <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1573.pdf> p.58 consulté le 13/02/2016

Les modes de consommation se sont transformés :

En effet, si la quantité de vin consommé a diminuée, on peut constater l'augmentation de sa qualité: moins de vins de consommation courante et plus de vins d'appellation d'origine contrôlée (AOC) ou de vins de qualité supérieure (VSQS).

La consommation de bière et de cidre diminue hormis dans la population des 15-25 ans, celle des alcools distillés est stable.

On note également une augmentation de la consommation régulière et excessive chez les jeunes de 17 ans (expliquant en parallèle une baisse du pourcentage des expérimentateurs), ainsi qu'une augmentation de la consommation ponctuelle importante (5 à 6 verres en une seule occasion) chez les 18-34 ans dont une hausse de la consommation chez les femmes de 18 à 25 ans.

La consommation d'alcool est suggérée :

Les « Happy hours », sont des offres commerciales dans les bars entre 19 et 21 heures. Elles proposent 2 verres pour le prix d'un seul ou la consommation d'alcool à un tarif réduit.

Le « binge drinking » apparu depuis quelques années est une alcoolisation importante dans un temps très court avec recherche d'ivresse très rapide, il est en augmentation chez les jeunes de 15-25 ans.

Les weekend d'intégration, l'entrée gratuite avec un verre pour les filles en boîte de nuit, etc.

La consommation d'alcool est comme banalisée.

1.3.L'alcoolisme ou l'addiction à l'alcool

Le mot « alcoolisme » apparaît en 1879, inventé par le médecin suédois Magnus HUSS. Il correspond à « la découverte du lien entre l'absorption exagérée d'alcool et certaines maladies jusque là considérées comme indépendantes de cette absorption »⁷. Il est utilisé dès lors pour porter le diagnostic scientifique d'une maladie somatique provoquée par l'alcool.

Au cours du XXe, l'aspect psychologique de l'alcoolisme devient associé à ses conséquences somatiques, on parle d'*une maladie de la volonté*⁸.

Pierre Fouquet, alcoologue français, définit l'alcoolisme comme « la perte de la liberté de s'abstenir⁹ ».

⁷ p MONJAUZE, M. (2011) *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Edition IN PRESS. 3ème. p.18

⁸ Ibid p.18

⁹ VALLEUR M. et MATYSIAK JC. *Les addictions: [dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique]* (2002). Armand Colin p.24

Michèle MONJAUZE ¹⁰note l'absence de précision des causes de cette maladie dans cet énoncé et propose la définition suivante :

« Le terme d'alcoolique désigne un type de personnalité marqué par une faille psychique précoce, telle qu'elle entraîne à plus ou moins long terme la nécessité impérieuse et irrésistible de boire de l'alcool, ou la contrainte d'exercer vis à vis de la consommation d'alcool une exclusion radicale ».

Des états d'anxiété diffus et permanents sont à l'origine de la consommation d'alcool, puissant anxiolytique : « **Pharmakon nependes** », remède qui efface toute trace de souci, panacée pour toutes les souffrances humaines¹¹.

L'apaisement ressenti et procuré par la boisson alcoolisée entraîne la poursuite de la consommation. Plus elle augmente, moins l'effet désiré est obtenu et plus il faut alors consommer d'alcool pour tendre vers l'effet recherché : c'est ce qu'on appelle le phénomène de tolérance.

La consommation du produit devient alors une forme d'automédication pour supprimer cette anxiété permanente et c'est là tout le paradoxe de l'abus d'alcool : on boit pour oublier ses angoisses mais l'excès d'alcool est lui même anxiogène. L'addiction envahit complètement l'existence.

L'alcool et l'alcoolique deviennent alors un tout, ils sont comme indivisibles.

Comprendre les raisons de cette souffrance, se libérer de cette consommation irrésistible est un parcours long, chaotique et incertain pour le patient. La frontière atténuée entre pathologie et normalité traduit une approche dimensionnelle; le lien entre abstinence et rétablissement n'existe pas, l'idée de la mort est présente: ne plus boire c'est mourir et boire pour mourir ou tendre vers la mort.

Lorsqu'un contact est établi avec un lieu de soin, plusieurs intervenants accompagnent le patient : médecins, infirmiers, psychologues, psychiatres, assistants sociaux. Leur expertise clinique est alors primordiale pour créer et faire perdurer le lien avec le patient, accompagner et guider le patient vers la réduction du risque par une baisse de la consommation, et/ou le sevrage. Devenir capable de résister à la consommation d'alcool, être abstinent, est une décision qui appartient au patient et à lui seul. Michèle Monjauze évoque dans son ouvrage « Comprendre et accompagner le patient alcoolique » une prescription paradoxale : « C'est parce que qu'un alcoolique ne peut s'arrêter de boire de l'alcool qu'il doit réussir à s'en passer

¹⁰ p.1 MONJAUZE, M. (2011) *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Edition IN PRESS. 3ème. p.19

¹¹ VALLEUR M. et MATYSIAK JC. *Les addictions: [dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique]* (2002). Armand Colin p.14

complètement ! »¹² Autrement dit, la guérison est au prix d'une abstinence complète.

1.4. Le patient alcoolodépendant

Le vocabulaire démontre l'évolution du rapport à l'alcool au cours des siècles.

Avant l'apparition du terme *ivre* au XI^e siècle, il n'existait pas de terme pour nommer l'état de celui qui avait trop abusé de l'alcool. Le mot *ivresse* se répand au XII^e, puis *ivrogne* au XIII^e, et *ivrognesse* au XVI^e.

Michèle MONZAUGE note que l'absence de mot pour nommer cet état d'ébriété ne traduisait pas son inexistence mais une perception certainement différente : cet état n'était pas stigmatisé ni perçu comme répréhensible.

« Les attitudes sociales déterminent le fait social : sans mot pour le dire, le fait social n'existe pas ».¹³

Ainsi jusqu'en 1879, le terme *alcoolique* était réservé à la boisson, puis il commence à être utilisé pour la personne, remplaçant progressivement ainsi le mot *ivrogne*.

Il est intéressant de noter l'appellation des personnes devenues abstinentes : *alcoolique abstinent*, *alcoolique guéri ou repent*. L'emploi du mot alcoolique perdure comme une identité indéfectible contrairement à d'autres pathologies comme celle du cancer où la guérison efface l'association du terme nommant la maladie à la personne concernée.

1.5. L'addiction

L'origine du terme « addiction » vient du nom masculin latin *addictus* qui signifie « esclave pour dette »¹⁴ ou encore du nom *addico* signifiant « dire pour »¹⁵ en référence aux esclaves qui n'avaient pas de nom propre et qui « étaient dits » à leur maître¹⁶. En droit romain puis plus tard en droit moyenâgeux, la personne débitrice, dite addicte ou addictée, était contrainte par corps de rembourser son créancier après la décision d'un tribunal : elle devenait alors esclave,

¹² MONJAUZE, M. (2011) *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Edition IN PRESS. 3^eème.p.27

¹³ MONJAUZE, M. (2011) *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Edition IN PRESS. 3^eème. p.16

¹⁴ GAFFIOT, dictionnaire latin/français p.14 édition Hachette 07/02 – Collection n°72 – Edition 04

¹⁵ Ibid

¹⁶ Site web SOS addictions <http://sos-addictions.org/les-addictions/> consulté le 18-02-2015

entraînant parfois sa famille avec elle, si la dette s'éternisait. L'addiction commençait un jeu dangereux d'équivalence avec la dépendance.¹⁷

Pierre Fouquet explique ainsi l'origine de l'addiction à l'alcool :

Derrière la diversité des situations [...] se cache une perturbation à la fois fondamentale et univoque : la relation de l'alcoolique à lui-même, sa relation à l'autre, et la relation des autres à lui (...)

Un état psychopathologique spécifique résultant de l'action lytique de l'alcool sur le cerveau. Cette organisation psychique spéciale s'installe lentement à l'insu de l'individu qui ne peut pas s'en plaindre. Elle est souvent assez discrète pour rester compatible avec une apparence de normalité (...)¹⁸.

L'addiction serait donc une pathologie du lien, en rapport avec des expériences précoces autour de l'attachement, associée aux modifications de l'action cérébrale par une substance psychoactive telle l'alcool.

1.6. Données psychologiques

Une rapide explication du développement et de la structuration de notre psychisme paraît nécessaire pour comprendre ce phénomène.

Le processus est constitué de deux phases successives :

- **La phase primitive ou préverbale** : de la naissance jusqu'à l'acquisition de la parole. C'est une période d'angoisses :
 - ✓ de mort : liée à l'absence et l'incapacité de se représenter la personne qui nous protège.
 - ✓ de chute : signifiant l'importance d'être porté par des bras rassurants qui permettent l'instauration de la confiance, *le portage*.

- **La phase oedipienne ou verbale**, période d'intégration des phénomènes suivants:
 - ✓ La temporalité (ou la durée)

¹⁷ VALLEUR M. et MATYSIAK J.C. *Les addictions: [dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique]* (2002). Armand Colin

¹⁸ MOINS P. « Alcool et nouvelles cliniques ? De l'apsychognosie de Fouquet au binge drinking comme conduite à risque. », *La revue lacanienne* 2/2010 (n° 7). p. 53-64
URL : www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2010-2-page-53.htm. Consulté le 04/03/16

- ✓ L'organisation spatiale en trois dimensions aidée par la motricité et l'expérience progressive de l'absence : un objet absent est un objet qui n'existe plus pour le bébé puis progressivement celui-ci garde une trace psychique lorsque l'objet disparaît.

Cette phase marque le développement de la pensée et de sa prédominance sur l'action.

Ces deux phases continuent de coexister et sont étroitement liées : de la qualité de l'une dépend la qualité de l'autre.

Dans la biographie du patient alcoolique, des traumatismes corporels ou psychiques répétés lors de la phase dite primitive ont généré des angoisses. Celles-ci peuvent être incontrôlables et à l'origine de réactions physiques de survie, de défense, proches du réflexe comme l'agressivité verbale ou physique, la fuite ou une conduite addictive comme la boisson.

1.7. Données neurobiologiques : mécanisme de l'addiction

Comme nous l'avons précisé auparavant, la consommation régulière ou quotidienne d'une substance psychotrope telle que l'alcool, entraîne des modifications au niveau cérébral.

La souffrance liée à la privation d'alcool traduit une inscription dans notre mémoire. Par quel mécanisme ?

Il convient alors d'expliquer ce qu'est la dépendance ou l'incapacité de s'abstenir.

L'alcool, comme toute autre substance addictive, agit dans le cerveau au niveau de différentes régions : le **système limbique**, zone cérébrale profonde dite cerveau reptilien, **l'aire tegmentaire ventrale** et le **cortex préfrontal**.

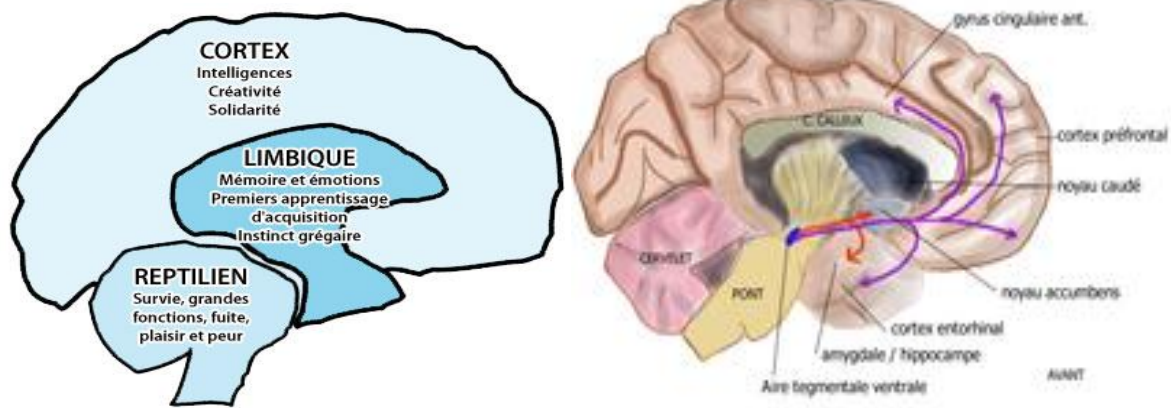
Ces différentes aires cérébrales sont reliées entre elles et constituent le système mésocorticolimbique ou « système de récompense ».

Tout le phénomène addictif s'appuie sur ce circuit dopaminergique mésocorticolimbique ou « circuit du plaisir et de la récompense ». Celui-ci relie entre elles des régions du cerveau reptilien (en particulier l'aire tegmentaire ventrale et le noyau accumbens) et le cortex préfrontal.

Ce circuit met en jeu l'envie, la motivation, la mémorisation, le souvenir et la récompense. Il permet de prendre une décision et de repérer la conséquence inattendue de « plaisir » ou de déplaisir d'un comportement de l'individu dans un certain contexte. En cas de résultat positif, ce mécanisme génère un signal d'apprentissage afin d'inciter à reproduire ce comportement plus

tard dans le même contexte, il est appelé « comportement renforcé ».

Dans le processus addictif, il existe une perte de contrôle du cortex préfrontal entraînant un fonctionnement en boucle entre envie, mémoire et récompense.



19

La personne addict est donc dans l'incapacité de pouvoir se passer d'alcool sous peine de vivre un état de manque, une souffrance liée à la privation. Il lui est impossible d'accorder de l'intérêt ou de l'importance à autre chose qui ne soit pas liée à l'alcool, objet de son addiction. Cet état se traduit par un envahissement psychologique et social, **la saillance**²⁰. La quête du produit devient le centre de l'existence. Lorsque cette impulsion survient la personne ne peut résister.

En situation de sevrage, cette résistance est provoquée. Intervient alors le **craving**²¹, qui signifie impulsion en anglais, l'envie irrésistible de boire due à une longue période de consommation. Cette envie perdure longtemps après la phase active de consommation. Les rechutes sont fréquentes notamment si la personne se retrouve dans les conditions qui lui rappellent son ancienne habitude et provoquent cette impulsion.

A cet instant, seule une reprise du produit addictif lui apportera un soulagement du fait de l'importance des souvenirs du plaisir lié à cette consommation. L'effet produit par la drogue sera alors d'autant plus intense du fait de cette sensibilisation.

Nous notons l'importance du lien avec le phénomène de mémorisation.

Ainsi, les connaissances scientifiques en psychologie, neuropsychologie et neurobiologie

¹⁹ <http://www.unisophro-tourcoing.com/wp-content/uploads/2015/11/cerveau-influence.jpg>

²⁰ VALLEUR M. et MATYSIAK J.C. *Les addictions: [dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique]* (2002). Armand Colin p.17

²¹ Ibid p.26

démontrent l'action d'une substance psychotrope comme l'alcool. Résultat de mécanismes adaptatifs et successifs cérébraux face à l'action de cette substance psychoactive, l'addiction n'est pas due à une absence de volonté mais à une altération des mécanismes d'apprentissage cérébraux qui vont influencer les processus de motivation et de décision.

Ceci explique les difficultés d'une personne dépendante à l'alcool à se contrôler, se maîtriser ou interrompre sa consommation.

1.8. Les risques

Il est important de préciser que le terme d'addiction englobe un concept plus étendu que celui de dépendance. L'attention est ainsi également portée en amont de l'état dit de dépendance vers les états dits de mésusage.

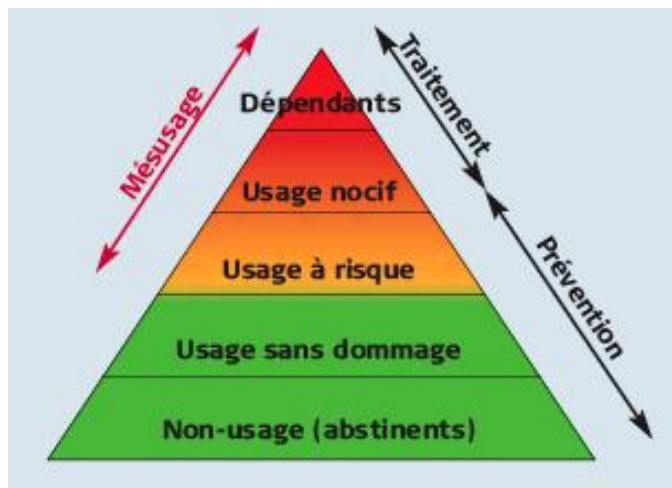
Selon l'OMS, la consommation d'alcool peut être catégorisée en différents niveaux de risques pour la santé selon les textes de recommandations de la Société Française d'Alcoologie (SFA).²² Les critères de l'OMS pour les risques chroniques liés à une consommation habituelle (en gramme/l) sont les suivants :

RISQUES	HOMMES	FEMMES
Faible	1 à 40g	1 à 20g
Modéré	> 40g à 60g	> 20g à 40g
Elevé	> 60g	> 40g

L'addiction à l'alcool se construit comme un processus²³. Pour une meilleure compréhension, le tableau suivant présente la synthèse des différents degrés conduisant à l'addiction d'après le DSM IV. Il convient de préciser que le DSM V publié le 18 mai 2013 ne distingue plus les différentes étapes du mésusage voulant signifier les frontières floues qui les séparent.

²² <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf> consulté le 10/05/2016

²³ <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf> p. 8, consulté le 10/05/2016



Usage et mésusage de l'alcool ²⁴

- **Le non-usage ou abstinence :**
 - ✓ **Primaire** : non usage initial (enfants par exemple), ou choix personnel.
 - ✓ **Secondaire** : suit en général une période de mésusage.

- **L'Usage simple (ou à faible risque)**, l'expérimentation: la consommation d'alcool est occasionnelle et inférieure au seuil de recommandation de l'OMS. Consommé à petite dose, l'alcool désinhibe et procure une sensation d'euphorie et de détente.

- **Le Mésusage** rassemble les types d'usages qui entraînent à plus ou moins long terme des dommages ou sont susceptibles de le faire :
 - ✓ **Des risques psychosociaux**
 - Troubles psychiques (angoisse, anxiété, dépression)
 - Actes de violence (être agresseur ou agressé), conduites à risque (conduite de véhicule, sexe, consommation d'autres substances psychoactives, etc.)

 - ✓ **Des risques somatiques** avec une augmentation de la morbidité et de la mortalité lorsque le seuil de risque cité précédemment est dépassé :
 - Cancers (bouche, gorge, œsophage, foie),
 - Affections hépatiques (cirrhose, hépatite) et pancréatiques (pancréatites aiguës et chroniques),
 - Maladies neurologiques (névrites optiques, polynévrites)

²⁴ <http://www.stop-alcool.ch/la-consommation-d-alcool/definitions-diagnostiques>, consulté le 06/03/2016

- Syndrome d'alcoolisation fœtale,
- Pathologies cardiovasculaires
- Malaises, comas éthyliques

1.9. La dépendance

Il est important de préciser que le terme générique de « dépendance » concerne des éléments aussi bien psychologiques (en référence à l'existence d'angoisses) que physiques ou physiologiques (en référence à la consommation incontrôlée d'alcool, aux symptômes et au sevrage).

Défini par l'OMS ²⁵, le syndrome de dépendance est « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités ».

Cette définition objective est toutefois réductrice car la traduction comportementale ne tient pas compte des phénomènes qui sous-tendent l'addiction.

La Société Française d'Alcoologie (SFA) définit la dépendance à une substance de la façon suivante:

« Stade le plus sévère de mésusage dans les classifications catégorielles de l'usage de substance, se caractérisant par l'impossibilité pour le sujet d'arrêter la substance ».²⁶

Les « troubles d'usage de l'alcool » sont évalués selon deux types de classifications internationales (le contenu est joint en annexe):

- La **Classification internationale des maladies (CIM-10)** ²⁷
- Le **Diagnostic et Statistical Manual of mental disorders (DSM-IV ou DSM-V)**²⁸

Ces classifications présentent des critères d'évaluation des complications physiques, psychiques et sociales de la consommation, du désir parfois compulsif de consommer, de la perte de contrôle de la consommation et de la poursuite de consommation dans des situations dangereuses.

²⁵ http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/ consulté le 06/03/2016

²⁶ <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf> consulté le 12/05/2016 p.70

²⁷ Annexe III

²⁸ Annexe II

Chacune propose une définition de la dépendance:

- **Classification internationale des maladies CIM-10, version de 1992 (code F10.2)**²⁹

La 10ème CIM définit la dépendance comme « *un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique (ici l'alcool) ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool. Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement* ».

La CIM distingue l'usage nocif et la dépendance. C'est la classification de référence utilisée pour le codage de la maladie en France.

- **Diagnostic et Statistical Manual of mental disorders DSM-IV-TR (code 303.90)**³⁰

La dépendance est considérée comme un « *mode d'utilisation inadapté d'une substance (ici l'alcool) conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de 3 (ou +) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois* »

La maladie est ainsi diagnostiquée selon trois niveaux de sévérité :

- Faible : au moins 2 critères présents sur onze
- Modéré : au moins 4 critères présents sur onze
- Sévère : au moins 6 critères présents sur onze

1.10. Des chiffres

En 2010 en France, on considère l'existence de 10 millions de consommateurs réguliers d'alcool dont 3,8 millions considérés à risque chronique, qu'ils soient ou non dépendants.

Voici quelques chiffres selon le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire³¹ (BEH) :

- En 2012, selon les statistiques hospitalières en secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), 580 884 séjours sont liés à l'alcool :
 - ✓ en augmentation de 11,3% depuis 2006
 - ✓ correspondent à 316 884 patients soit une augmentation de 16,5%
 - ✓ Correspondent à 2,2% de l'ensemble des séjours et séances

²⁹ <http://www.stop-alcool.ch/la-consommation-d-alcool/definitions-diagnostiques> consulté le 06/03/2016

³⁰ Annexe II

³¹ PAILLE F, REYNAUD M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidémiol Hebd.2015;(24-25):440-9. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_1.html

- En Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 2 000 000 de journées sont recensées et liées à l'alcoolisation excessive, soit 5,6% de l'activité totale.
- En psychiatrie, 2 717 031 journées sont liées à la consommation d'alcool soit 10,4% du total des journées et 673497 actes ambulatoires soit 3,7% en lien avec un diagnostic « alcool » principal ou associé.
- 49000 morts par an en France sont liées à l'alcool.

La consommation excessive d'alcool est un problème majeur de santé publique en France. Les hospitalisations liées à la consommation d'alcool représentent les premières causes de séjours hospitaliers.

2. Méthodologie

La présentation du questionnaire, les questionnaires adressés aux aides soignantes, infirmières et cadres de santé et le guide d'entretien sont accessibles en annexe de cette étude.

L'enquête qualitative m'a semblé être la plus adaptée pour interroger ce qui constitue la rencontre des soignants avec les patients alcoolo-dépendants non sevrés, questionner leurs réactions et leurs positionnements face au patient non sevré de sa dépendance à l'alcool.

J'ai enquêté auprès de deux aides soignantes, deux infirmières et deux cadres de santé, chacune travaillant dans une unité d'hépatogastroentérologie de deux établissements hospitaliers publics. Les soignants seront respectivement nommés ASD 1, ASD 2, IDE 1, IDE 2, CDS1 et CDS 2 au cours de cette étude lorsque leurs dires seront cités.

Le choix de me limiter à cette spécialité médicale est expliqué par une fréquence plus importante de l'accueil de patients dépendants à l'alcool dans ces unités et, par conséquent, la présence d'un personnel soignant sensibilisé à cet accompagnement.

J'ai cherché à connaître le processus de construction de cette sensibilisation, comment s'est elle élaborée ? Quelles sont ou ont été les difficultés rencontrées ?

J'ai fait le choix de l'entretien semi-directif, sélectionnant avec soin les termes des questions posées de façon à induire le moins possible les réponses des personnes interrogées.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des soignants puis transcrits par écrit.

3. Discussion

Les passages retenus des entretiens sont mis en annexe afin de laisser apparaître le contexte dans lequel ils sont utilisés. Ils sont présentés dans des tableaux synthétiques, chacun réservé à une question du guide d'entretien (lui même mis en annexe).

Les réponses des soignants interrogés font émerger différents thèmes au travers des mots employés:

- **« Le prendre soin »** : « la patience », « l'écoute », « la bienveillance », « je suis là pour les soigner avant tout », « plaisanter », « écouter », « mettre à l'aise », « qu'il puisse se délivrer », « faire le maximum », « prendre dans la globalité », « discrétion », « le prendre soin c'est pluriel »
- **La rencontre** : « le visage », « le faciès », « voir », « observer », « le regard », « les appréhensions », « peur de la violence », « crainte », « instaurer une communication, un lien », « adhésion », « l'attention », « la confiance »
- **Les représentations** : « juger », « jugement facile », **préjugés**, « relation différente », parler « comme » à une personne normale, « a priori », « faiblesse », « pochtron », « désocialisé », « amalgame », « mauvais œil », « image véhiculée par Mr Tout le monde »
- **La compréhension ou la recherche des causes**: « comprendre », « j'essaye quand même de comprendre », « ne pas comprendre », « incompréhension », « je ne sais pas », « impression d'un échec », « pourquoi ? », « une relation soignant-soigné qui nous interroge, est ce qu'on va oser le dire ? »
- **Les connaissances acquises et théoriques, le savoir, la formation** : « s'adapter », « être professionnel », « des valeurs », « concilier le rôle soignant et les représentations », « distance entre professionnel et patient », « maturité professionnelle », « expérience », « expertise », « démotivation », « **sur le terrain, on ne sait pas mais on apprend** », « **on voit sur le tas** », « se former pour aider, pour comprendre certaines choses, le pourquoi du comment », « Je suis en manque d'information pour comprendre les mécanismes », se former conduit aussi « à un risque de perte d'authenticité et donc de la confiance », « ce qui fait peur c'est l'inconnu », « penser à l'analyse de la pratique et se dire en collectif

comment on voit les choses ».

L'articulation des thèmes ainsi relevés sera conduite de la manière suivante :

Dans un premier temps, nous étudierons la signification du soin et du « prendre soin ». Il s'agira de préciser ce qui est en jeu dans la manière de prendre soin (ou la prise en charge) du patient alcoolodépendant.

Nous analyserons ensuite les conditions de l'existence de la rencontre entre le patient addict et le soignant, ce qui l'anime ou la freine.

Nous constaterons l'expression des représentations au cours des échanges avec les soignants mais également le questionnement soulevé par cette pathologie. Nous le mettrons en lien avec l'accompagnement du patient qui en résulte.

Enfin, la confrontation des représentations exprimées, des mécanismes de la rencontre et du « prendre soin » sera l'occasion d'aborder la question de l'élaboration des compétences en lien avec l'évolution de leur positionnement au fil de leur expérience professionnelle.

3.1. Prendre soin

Il s'agit dans le cas de cette étude de traiter ce qui est en jeu dans la particularité de cette rencontre entre un soignant et un patient hospitalisé dans le cadre d'une alcoolodépendance ou pour une cause somatique sur fond d'alcoolodépendance au sein d'unités de soin d'hépatologie et de gastroentérologie.

L'hôpital est majoritairement un lieu de traitement des maladies somatiques où les soignants ont parfois le choix de la spécialité dans laquelle ils évoluent, moins de la spécificité au sein de la spécialité. Dans le cas présent les soignants ont accepté de travailler dans une unité d'hépatogastroentérologie, cette spécialité médicale comprend différentes spécificités induisant des prises en charge de patients différentes : l'oncologie (cancers de l'œsophage, de l'estomac, du foie, des voies biliaires, du pancréas, du colon, du rectum) et par voie de conséquence des soins palliatifs, le traitement des hépatites, des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et celui des addictions à l'alcool et toxicomanies (facteurs de comorbidité de pathologies hépatiques).

L'addictologie est donc une spécificité qui a la particularité d'intervenir autant dans le domaine psychologique que dans le domaine somatique car la dépendance à l'alcool n'est pas facilement reconnue par celui ou celle qui en souffre, l'une des raisons est l'appréhension du rejet ou du mépris par les autres.

Les indications d'hospitalisation les plus fréquentes sont les suivis de patients chroniques connus

de l'unité de soin auxquels est associée une alcoolodépendance et les mutations d'un service d'urgence suite au diagnostic d'une pathologie relevant de l'hépatogastroentérologie associée à la découverte d'une addiction à l'alcool. Les indications données par le service d'urgence ou par la programmation de l'hospitalisation orientent la future prise en charge du soignant et colorent inévitablement l'accueil du patient. Celui-ci est annoncé, comme étiqueté, par ce diagnostic d'alcoolodépendance. L'ASD 1 l'exprime lorsqu'elle dit que « *l'évaluation est faite dès le premier jour où la personne arrive selon ce qu'on a eu comme relève sur cette personne* ».

Or tous les soignants n'ont pas la même sensibilité face à ce que l'on pourrait qualifier « d'autodestruction » chez le patient addict, certains d'entre eux sont déstabilisés par cette approche particulière. Comme le dit l'ASD 1 : « *C'est une relation complètement différente avec ces personnes là. On ne peut pas les prendre de la même manière je pense. Ça peut faire peur au premier abord mais on s'habitue facilement* ».

En revanche la cadre CDS 2 précise : « *Quand je les rencontre pour la première fois, je me présente de la même façon, je les aborde de la même manière qu'un autre patient sans a priori* ». Elle ajoute cependant : « *Je ne les aborde pas de façon différente mais je fais attention au ton auquel ils me répondent (...) pour ne pas m'engager dans un bras de fer et une discussion qui pourrait les énerver. En fait pour éviter qu'il y ait de la tension qui se mette en place et qu'ensuite on soit dans une difficulté pour le suivi de la prise en charge* ».

Au cours de ce premier contact va s'amorcer le lien fragile qui conditionnera le vécu que chacun aura de cette hospitalisation. Nous constatons l'attention particulière portée au patient addict lors de l'accueil dans l'unité de soin, le soignant est comme face à un dilemme : son attitude oscille entre le fait de le considérer comme un autre patient et celui d'être tout particulièrement attentif à son comportement et ses besoins. Il agit en anticipant de possibles difficultés relationnelles, attitude en partie révélatrice de l'appréhension de cette rencontre et alimentée par les représentations de chacun (nous étudierons plus tard l'importance de leur impact).

3.1.1. Soigner

« *C'est un patient comme les autres qui vient se faire soigner* » nous dit la cadre CDS 2.

Marie France Collière a écrit « soigner est le premier art de la vie ». Le soin n'est pas l'apanage des soignants, une mère prend soin de son enfant, une femme, un homme veillent sur leurs parents âgés. Frédéric Worms définit le soin comme « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales et cela, par égard pour cet être même »³².

³² SVANDRA, P. « Un regard sur le soin », Recherche en soins infirmiers 4/2008 (N°95)

Nous pouvons alors nous demander ce qu'est le soin sinon une forme d'attention à l'autre, une façon de se comporter vis à vis d'autrui? Dans ce cas, quel soin est donné au patient alcoolodépendant au regard du constat de la difficulté des soignants à le considérer comme un patient « comme les autres » ?

3.1.2. Le soin

Faire le choix d'une profession soignante est l'expression de valeurs humaines et d'engagement dans un lien d'attention à l'autre, cela ne reste pas au seul stade de l'intention, il y a une action délibérée d'en faire son métier, d'y consacrer sa vie professionnelle.

Une infirmière précise « *L'attention, c'est essayer de faire au mieux, faire au mieux pour que leur passage à l'hôpital soit bien* ».

Nous comprenons cette phrase comme la manifestation de la volonté du soignant de bien faire selon ce qu'il pense être bien comme être à l'écoute, disponible, rigoureux et celle de faire « au mieux » pour le patient, en tenant compte donc de sa singularité.

P. SVANDRA souligne la distinction entre **les** soins et **le** soin :

Les soins se réfèrent aux actes plus ou moins techniques et donc à un **faire**, comme ceux se rapportant au corps par exemple. Ils sont l'objet d'apprentissages techniques et de pratiques au cours de la formation des soignants. Cependant les soins ne peuvent se limiter à l'exécution rigoureuse de gestes techniques et précis, ce serait faire abstraction de la personne et lui conférer le statut de corps objet ou corps malade comme nous l'étudierons plus tard.

Le soin relève d'une attitude, d'une manière d'être, d'un **agir** face à autrui. Dans un autre article³³ P.SVANDRA écrit à ce propos que le soin est « un engagement actif et concret qui atteste de l'humanité de celui là même qui le prodigue tout autant que celui qui le reçoit »³⁴. Le terme « actif » renvoie à l'idée du mouvement, d'une action dynamique.

L'ASD 1 exprime son attention à propos de l'état physique du patient « *s'il est fatigué, s'il veut s'asseoir* », attention simple et bienveillante auprès d'un patient accueilli. Elle ajoute qu'elle se « *fait sa propre idée en voyant la personne* », son attention est renforcée par l'expression d'un positionnement individuel grâce au terme « *propre idée* ».

Le soin traduit une attention à l'autre et ce souci d'autrui fonde l'éthique du soin. Cette soignante nous le démontre en accueillant le patient alcoolodépendant sans idée préconçue, elle évite de se

³³ SVANDRA, P. Penser le soin. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), savoirs et soins infirmiers, 60-154-B-10, 2009

³⁴ SVANDRA, P. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-4-page-6.htm>

laisser influencer autant de manière positive que négative par d'autres collègues. En agissant de la sorte, elle favorise la reconnaissance du patient comme sujet malade et l'épargne d'être perçu seulement comme un « alcoolique », elle lui rend un peu de dignité.

3.1.3. Le care

Nous pouvons mettre en parallèle de la distinction **des** soins et **du** soin les nuances anglo-saxonnes des termes du soin : **cure** (traiter) et **care** (soigner). Elles font appel à des notions plus précises :

Cure se réfère aux soins thérapeutiques et techniques.

Care au prendre soin, à la relation sensible et affective établie auprès du patient avec sollicitude et compassion.

Fabienne BRUGERE cite les quatre phases du bon care³⁵ décrites par Joan TRONTO, distinctes mais étroitement liées :

- **Caring about**, soit « se soucier » : se réfère à la manifestation de la reconnaissance d'un besoin exprimé par le patient, signe de l'attention qui lui est portée.
L'ASD 2 « *On arrive à communiquer mais il y en a qui restent assez fermés et puis d'autres qui arrivent à se livrer, justement ça leur fait du bien aussi, ils ont besoin* »
- **Taking care of**, soit « prendre en charge » : A ce stade le soignant évalue la possibilité de répondre au besoin exprimé et met en place ce qui est nécessaire pour le satisfaire. L'auteur fait le lien avec l'idée de la responsabilité. Ce qui est illustré par les dires de l'IDE 2 : « *Il faut laisser un peu de souplesse (...) des fois je trouve que d'être trop net, trop dur, trop rigide... il faut faire des compromis. (...) J'essaye tout au long de leur hospitalisation d'être présente, de les accompagner pendant ces périodes là, de faire le maximum à mon niveau pour qu'il ait une prise en charge ou qu'il n'ait pas de problème, pas de souci(...)* ».
- **Care giving** soit « prendre soin » : le soin est effectué en tentant de s'ajuster au plus près des besoins du patient. J.P.PIERRON nous dit que le « prendre soin » est l'articulation faite par le soignant de la biographie du patient avec l'analyse biomédicale³⁶.
L'ASD 2 dit : « *Il n'était pas violent en fait, il voyait des choses (...) il fallait le rassurer* ».
L'IDE 1 tente de « *bien le mettre à l'aise pour que on puisse bien s'occuper de lui pour*

³⁵ BRUGERE, F. (2014) *L'éthique du care*. 2ème édition. Presses Universitaires de France. p.78

³⁶ PIERRON, J. P. (2010) *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. Presses Universitaires de France. p.20

que... pour justement qu'il se sente bien, qu'il puisse être à l'écoute (...) qu'il puisse se délivrer, qu'il se sente bien, c'est dur selon les personnalités et puis selon le contact avec un soignant : des fois il se livrera plus avec un autre soignant... » : C'est le constat de la subjectivité des relations interpersonnelles et de la disponibilité nécessaire lorsqu'elle précise une vérité : « Il y a des jours c'est plus calme, donc on peut prendre plus le temps mais de « prendre le temps » c'est sûr que ça prend plus de temps que de passer vite... mais bon, on est là pour ça aussi »...

L'IDE 2 nous dit qu'elle essaye « *de plaisanter... voilà, si on prend à la plaisanterie, ça passe alors que de dire « oh mais qu'est ce que vous me dites ! Oh mais ça va pas ! Déjà que, l'alcool ça vous a fait des soucis, hein...! (...) Essayer quand même de comprendre et puis je sais que c'est pas simple, le sevrage... de les accompagner dans le sevrage, d'essayer de les comprendre, de les rassurer si il y a besoin ».*

- **Care receiving** soit « recevoir le soin » : cette phase est dépendante de la capacité de réponse du patient. Le soignant, donneur de soin, cherche à savoir comment le patient reçoit le soin, si la réponse apportée est adaptée à ses attentes, façon d'évaluer ses actions.

L'IDE 2 poursuit : « *Ils sont contents (...) Généralement ils apprécient bien et après ils respectent mieux... ».* Plus loin elle ajoute : « *Au final quand les patients me disent merci, c'est pas pour les soins techniques qu'on leur a fait... c'est (pour) des petites choses ».*

« Les petites choses » ce qui ne paraît pas important mais qui révèle en fait toute l'attention à l'égard de celui qui nous fait face, sa considération de sujet malade par opposition à celle d'un simple corps affecté d'une pathologie dégradante.

Les réponses des soignantes relèvent des quatre phases du care avec une dominante pour celle du « care giving ou prendre soin ». Elles expriment une réelle attention aux besoins des patients avec le désir d'apporter une réponse adaptée. Nous percevons une envie de bien faire, de faire au mieux pour le patient avec le constat que la relation établie dépend des personnalités et de l'engagement de chacun, comme le dit l'ASD 1 :

« Prendre soin de quelqu'un ? c'est pas forcément que des soins techniques, en général on a pas trop le temps de parler avec eux...mon choix, c'est triste il est vite fait : je préfère passer du temps avec quelqu'un qui est en fin de vie ou en soins palliatifs que quelqu'un qui a un problème d'addiction ».

Le manque de disponibilité nécessite une gestion du temps et des priorités qui ne semble pas en faveur des patients suivis pour une addiction à l'alcool, à l'inverse nous pouvons également dire que certains soignants ne sont pas attirés par l'accompagnement de patients en soins palliatifs.

L'activité soignante n'est jamais stabilisée. Elle reste dépendante du langage des bénéficiaires de la prestation. Schématiquement elle est de l'ordre du mouvement perpétuel et du mobile. Elle ne se laisse pas enfermer dans des protocoles et des routines présentés comme sécurisants dans la mesure où « l'on ne sait jamais » ni la nature du message, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré.³⁷

Cette absence de stabilisation témoigne de l'incertitude présente dans l'activité du soignant: le soin dépend de celui qui nous fait face. *« Le prendre soin c'est pluriel, c'est pas forcément un soin technique, c'est vraiment le soin relationnel, mais surtout le soin qui va partir de la personne, le soin personnalisé »* nous dit la CDS 2 interrogée.

La CDS 2 insiste sur la nécessité de ne pas rigidifier ce lien : *« Il faut s'adapter à tous les patients et en fait c'est ce qu'on fait avec tous les patients qu'on accueille. Ils n'ont pas tous la même psychologie. A même pathologie, on va avoir des patients très agressifs, d'autres qui sont agréables comme tout. On va avoir des familles qui sont très aidantes, d'autres qui vont nous mettre des bâtons dans les roues. C'est ce qui fait la richesse de notre métier quelque part ! C'est la société qui se donne RDV à l'hôpital ! »*.

L'IDE 2 ajoute : *« On essaie de s'adapter, chaque patient est différent »*.

Chacun des soignants interrogés exprime cette singularité. A l'heure des protocoles, est-il possible d'adopter une attitude « protocolisée » face à un patient qui passe ses journées dans le noir dans sa chambre, à un autre qui au contraire ne sera jamais dans sa chambre et après qui court l'aide soignante pour qu'il soit présent lors du passage de l'infirmier ou prêt pour un départ à un examen ou encore un autre qui parle haut et fort, entre dans la chambre d'un patient voisin cherchant des cigarettes ou quelques pièces pour aller à la cafétéria ?

L'exigence d'une attitude correcte et respectueuse à l'égard du soignant et des autres patients est de rigueur, c'est le moins que l'on puisse faire. Mais comment réagir face à ce patient qui nous pousse à bout, que l'on craint, appréhendant violence et insulte, qui paraît souvent ingérable?

L'adaptation nécessaire citée par la majorité des soignants renforce cette incertitude latente vécue au quotidien. Il n'existe pas d'attitude générique et il leur faut construire au quotidien le lien avec le patient. Dans ce contexte nous allons étudier ce qui constitue la rencontre.

3.2.La rencontre

La rencontre entre deux personnes est une expérience somme toute assez commune hormis le fait

³⁷ SVANDRA, P. Penser le soin. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), savoirs et soins infirmiers, 60-154-B-10, 2009

que celle que nous étudions a lieu à l'hôpital entre soignant et soigné.

En premier lieu, leur rencontre est celle de deux personnes, chacune porteuse d'une histoire singulière. Dans le cas de la personne alcoolodépendante, cette histoire est essentielle car elle peut nous donner des clefs pour comprendre ce qui l'a conduit à cette addiction. Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à l'alcool, les origines de cette maladie peuvent trouver leur source dans la petite enfance avec des traumatismes corporels ou psychiques répétés, générateurs d'angoisse conduisant à la consommation d'alcool.

Une infirmière nous dit : « *Des fois c'est plus difficile parce qu'on a du mal à comprendre, mais après...c'est vraiment un parcours de vie qui les amène jusqu'ici et après petit à petit ça évolue* »

Elle ajoute : « *On ne connaît pas les situations mais on imagine justement. Moi ça m'a fait plus réfléchir sur ces gens, c'est vrai que ça me fait plus réfléchir depuis que je suis dans le service, de se dire pourquoi ils sont là* ».

C'est aussi la rencontre de deux corps où soignant et soigné sont en représentation sociale et donnent à voir par leur apparence corporelle. Le soignant vêtu d'une tenue professionnelle et impersonnelle, blanche et propre, fait face au patient addict en tenue civile, parfois physiquement délabré et transpirant la misère sociale, très souvent ivre lors de son arrivée à l'hôpital.

3.2.1. Corps objet et corps sujet

Le soignant aborde le patient avec deux angles de vue : le corps objet malade avec l'objectivation des signes et des symptômes et le corps du sujet malade avec la dimension biographique, sensible et intersubjective.

Catherine DRAPERI évoque cette double approche ³⁸ :

Le regard descriptif, à la recherche de symptômes et signes (sueurs, tremblements, pâleur, maigreur, etc.) qui neutralise le corps et met entre parenthèse son originalité, sa singularité.

L'approche du corps affectif qui évoque « une expérience du monde, et c'est la question du « partage d'un même monde entre corps sain et corps pathologique qui paraît essentielle ». Cela évoque le ressenti des soignantes à propos des patients : l'agitation, les hallucinations, la fébrilité, l'appréhension, le stress.

³⁸ DRAPERI, C. Ethique et Santé 2008 5 80-83 Le corps décrit, le corps vécu, le corps transformé : regards sur le corps

Le corps malade est comme dévoilé à l'hôpital. Il s'expose et se donne à voir au regard observateur du soignant, disposé lui même à voir et repérer des signes cliniques. L'observation clinique du soignant objective et favorise la distance émotionnelle, condition nécessaire pour que cette recherche ne soit ressentie par le patient comme une intrusion dans son intimité et que le soignant ne soit pas trop affecté par ses premières impressions. Ce dernier recherche le juste équilibre entre une mise à distance professionnelle et une proximité compassionnelle, « Les soignants ne sont pas des voyeurs mais des voyeurs de l'essentiel ³⁹ ».

A ce sujet J.P. PIERRON cite ⁴⁰ la définition de la compassion par J.L.NANCY : « La compassion : c'est la contagion, le contact d'être les uns avec les autres dans ce tumulte du monde. Ni altruisme, ni identification : l'ébranlement de la contiguïté brutale ».

L'ébranlement, il s'agit bien de cela lorsque chacun va au delà de la simple perception de sa sensibilité et donc de sa fragilité. Cette « contiguïté brutale » est renforcée voir redoublée du fait de sa situation en milieu hospitalier et de l'alcoolodépendance. Elle entraîne une inquiétude chez les soignants : pourquoi seraient ils épargnés par cette maladie? Leurs enfants pourraient être atteints comme l'exprime l'ASD 2 en parlant de son fils « *Ça me fait peur pour mon fils mais c'est n'importe quoi, je ne peux pas être sur son dos, l'empêcher ou quoi mais ça me fait un peu peur. J'ai peur qu'il y prenne goût et puis que voilà parce que je vois pas mal de jeunes qui sont pas mal alcoolisés... ça peut commencer comme ça* ».

Notre humanité se dévoile au constat de sa blessure chez l'autre, nous pourrions dire à ce moment que ce n'est plus seulement le soignant qui s'exprime mais l'humain tout simplement : nous ne souhaitons pas vivre ce que vit ce patient, notre semblable, nous ne voulons pas être autant abimé, délabré, subir cette dégradation physique, cette exclusion, signifiant par là que nous avons quelque chose en commun avec cette personne, l'humanité : situation déstabilisante et inquiétante.

Cet ébranlement marque aussi le soignant de la reconnaissance du sujet malade qui lui fait face comme celle d'un être singulier qu'il ne connaîtra jamais entièrement, par opposition au corps objet qu'il peut connaître et s'approprier par des actes techniques par exemple. Une infirmière note cette nuance lorsqu'elle dit « *Quand ils nous disent merci ce n'est pas pour les perf's qu'on leur a posées ou les prises de sang, au contraire (...) c'est pour des petites choses* ».

Je citais en introduction la mise en place dans l'unité d'une technique de relaxation, la RESC

³⁹ PIERRON, J. P. (2010) *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. Presses Universitaires de France. p.106

⁴⁰ Ibid p.116

(Résonnance Energétique par Stimulation Cutanée), pour tous les patients mais en particulier pour les patients alcoolodépendants. Les soignants praticiens ont découvert que par le biais de cette technique ils ont pu approcher de manière différente et sensible ce patient qui interroge et inquiète parfois. Les patients addicts leurs ont exprimé par oral et par écrit combien ils appréciaient cette démarche attentive à leur égard, manière de signifier qu'ils se sentaient reconnus « malgré » cette addiction à l'alcool qui éloigne des autres plus qu'elle ne rapproche. Le fait même qu'ils puissent l'exprimer était la preuve qu'au travers de ce soin il s'était passé quelque chose, la rencontre avait eu lieu et les patients le reconnaissaient. Cela évoque la phase du care « recevoir le soin » (care receiving) étudiée précédemment.

Ce pas fait en faveur d'un rapprochement avec une personne que les soignants pensaient ou souhaitaient éloignée d'eux a été réussi car les soignants ont été capables de dépasser cette appréhension à l'aide d'un acte de soin particulier, consacré au bien être. La création de ce pont entre eux et le patient leur a permis de se rapprocher de l'homme et pas seulement du patient malade. Aucun soignant n'avait imaginé à quel point cela modifierait la relation établie avec le patient.

Nous pouvons alors faire le lien avec le « prendre soin ». A.M.FRANCES cite dans un article⁴¹ trois conditions qui paraissent incontournables pour permettre cette approche différente d'un patient sinon condamné à l'exclusion ou l'isolement:

- L'empathie, « l'écoute » citée par certains soignants interrogés
- La participation : nous ne pouvons participer en tant que soignant à une action que si nous sentons invités à la faire, voir autorisé ! En d'autres termes cela signifie faire partie d'un groupe où l'avis de chacun compte pour l'élaboration d'une attitude commune, pour ne pas exclure un membre de l'équipe. Cela évoque « l'adhésion » évoquée par une cadre à propos du patient, nous constatons que l'adhésion est également nécessaire au sein du groupe professionnel, d'autant qu'elle vient compenser cette incertitude où évoluent les soignants.
- Enfin il faut oser !

« Créer des nouvelles manières de prendre soin dans chaque situation, c'est aussi oser prendre des risques. Et prendre des risques c'est oser dans « un contexte d'incertitude : oser des choses nouvelles, oser communiquer avec authenticité, oser aborder ce qui est difficile, douloureux, oser discuter des certitudes, oser interroger l'habitude... »⁴²

⁴¹ FRANCES. A.M. « Se former à prendre soin ». *Perspective soignante*. Septembre 2014 n°50 p. 52

⁴² FRANCES. A.M. « Se former à prendre soin ». *Perspective soignante*. Septembre 2014 n°50 p. 52

3.2.2. Le temps

Cette rencontre ne se décrète pas, elle se construit, fruit de la confiance accordée des uns ajoutée aux compétences techniques et relationnelles des autres. La temporalité apparaît comme une variable de l'élaboration de cette relation. Deux soignantes interrogées ont intégré cette notion lorsqu'elles disent « *Ça ne se fait pas le premier jour* » ou encore « *on essaye de comprendre pour instaurer une communication, un lien, parce qu'on va s'occuper de cette personne un petit moment, des fois pas longtemps, des fois très longtemps* ».

Elles soulignent la patience comme qualité première, sous entendu à nouveau le besoin d'avoir du temps pour se connaître et s'accepter respectivement. Il existe comme une veille soignante au cours de cette phase, une cadre cite sans plus le détailler le positionnement bienveillant des soignants de son équipe. Cette bienveillance demande cependant au soignant de travailler en tenant compte du risque de la subjectivité de son analyse car ce que le soignant considère bien pour lui ne correspond peut être pas à l'attente du patient, à ce qu'il pense être bien pour lui même. Je pense à la pratique de cette technique de relaxation : malgré la croyance du soignant en cette méthode, elle ne peut pas être imposée au patient alcoolique dépendant car sa maladie entraîne parfois des neuropathies et des modifications des perceptions corporelles. En effet le patient alcoolique a une représentation particulière de son corps : « une partie tient lieu de tout », comme une identification réduite à l'organe malade, le foie par exemple.

Le « prendre soin » est aussi « ne pas faire » parfois.

Le temps agit également auprès des soignants. Il leur est nécessaire pour connaître ces patients parfois sans limites, les approcher sans les craindre outre mesure et cheminer vers une rencontre, comme le dit l'IDE 1 : « *Après avec la maturité professionnelle, on arrive à avoir d'autres points de vue, d'évoluer aussi sinon ce serait dommage* ».

Ce mode relationnel du soignant avec le soigné est comme un rituel attendu : le soigné se livre et met en tension pudeur et impudeur dans le but de se faire connaître et reconnaître tout en préservant son intimité, le soignant tente de décrypter et d'analyser les signes et symptômes, de lire délicatement et discrètement ce que le patient lui donne à voir.

Il s'agit alors d'un double jeu, comme l'exprime J.P. PIERRON⁴³, « voir sans être voyeur, se dévoiler sans s'exhiber ».

3.2.3. Le visage

Quelques soignants ont cité le visage comme étant le sujet de leur première attention lors de la

⁴³ PIERRON, J. P. (2010) Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Presses Universitaires de France. p. 118

rencontre avec le patient. Faut-il l'entendre au sens commun de la description de ses traits physiologiques ou bien plutôt tel qu'il a été décrit par Emmanuel LEVINAS, c'est à dire la révélation de l'humanité d'autrui ?

Le philosophe s'interroge sur ce regard tourné vers le visage, thème central de son oeuvre. Il fait la distinction entre le regard et l'accès au visage lorsqu'il précise : « ...l'accès au visage est d'emblée éthique » et « le regard est connaissance, perception⁴⁴ ».

Cette dernière affirmation vient illustrer certains dires des soignantes lorsqu'elles expriment leur attention à la morphologie, la présence d'ascite, l'agitation du patient alcoolique, la perte musculaire, la difformité, la dénutrition puis l'habit en second lieu. « Le faciès » est cité une fois traduisant une observation d'emblée plus professionnelle. Il évoque l'évaluation de la couleur de la peau, la présence de sueurs, l'état du visage, maigre ou enflé.

Pouvoir décrire les yeux, le nez, le front de l'autre serait, selon E. Levinas, considérer la personne qui nous fait face comme un objet.

Peut-on considérer les incontournables observations et évaluations cliniques de ce corps malade neutralisé comme un bouclier qui nous protégerait de la rencontre? Ce regard descriptif et professionnel peut agir comme une sorte de protection et de frein à la rencontre du patient, corps sujet malade. Une aide soignante l'illustre : « *On se réfère au score de Cushman⁴⁵, inconsciemment on le fait* » c'est à dire qu'elle évalue d'emblée le niveau du syndrome de manque du patient à l'aide d'un score protocolisé qui définira la thérapeutique à mettre en place.

E. LEVINAS précise :

Ce qui est spécifiquement visage est ce qui ne s'y réduit pas. Il y a la droiture même du visage, son exposition droite et sans défense. La peau du visage est celle qui reste la plus nue, la plus dénuée. La plus nue, bien que d'une nudité décente. La plus dénuée aussi : il y a dans le visage une pauvreté essentielle ; la preuve en est qu'on essaye de masquer cette pauvreté en se donnant des poses, une contenance⁴⁶.

La droiture évoque la dignité, le fait de rester droit comme signifiant rester debout, ne pas ployer dans cette relation de face à face.

Est présente également l'idée de fragilité dans les termes « sans défense » et « nudité décente ». Les seules parties décentement nues du corps, non masquées, sont les mains, le visage et parfois les pieds. Le patient nous donne à voir son visage, offert et exposé. Il nous apprend quelque chose de sa personne, quasiment malgré lui, avant même que soient échangées des paroles.

⁴⁴ LEVINAS, E. et NEMO, P. (1982) *Éthique Et Infini: Dialogues Avec Philippe Nemo*. Paris: France culture (Le livre de poche, biblio essais).p.79

⁴⁵ Le score de Cushman est un score de surveillance du sevrage alcoolique prescrit par les médecins et réalisé par les infirmières (document mis en annexe)

⁴⁶ LEVINAS, E. et NEMO, P. (1982) *Éthique Et Infini: Dialogues Avec Philippe Nemo*. Paris: France culture (Le livre de poche, biblio essais).p.79

Une infirmière souligne l'importance de ce que traduit ce visage sans le détailler « *dans le visage, on voit déjà beaucoup* ». Elle traduit sa sensibilité face à l'émanation du patient, le visage du patient parle et exprime de lui même : « *un regard dans le vide* », « *un regard attentif* ». Nous pouvons l'interpréter comme la recherche de l'existence d'une « connexion »: ce patient addict accueilli est-il présent dans cette relation que je tente d'établir ? Peut-il accéder à la rencontre du fait de l'image négative de lui-même, d'une difficulté de se livrer en confiance, de la peur d'être stigmatisé et jugé, d'un isolement social et ayant perdu l'habitude de la rencontre ?

Il est alors question du sujet malade, du corps affectif comme le précise C.DRAPERI. Le patient addict n'est alors pas perçu comme objet malade mais bien comme sujet malade.

Il en va de même pour les soignants eux-mêmes exposés face au patient, ils ne peuvent se dérober. En effet, si le soignant peut se protéger derrière sa fonction sociale et professionnelle, il ne peut manquer de réagir en tant qu'humain face à un autre humain. C'est ainsi que le mot pauvreté ne doit pas être compris au sens économique du terme, il renvoie à la nudité au sens de la vulnérabilité et de la fragilité qui émane de chacun d'entre nous. Les soignants l'expriment lorsqu'ils parlent de « *crainte* », « *d'appréhension* », ou de « *peur de la violence* ».

Sommes-nous donc si désarmés ou menacés dans la relation que nous devons nous protéger et nous donner une contenance pour faire face à l'autre ?

L'emploi des mots « désarmé » et « menacé » dans ma question est volontaire, il évoque la nudité et la fragilité mais également une forme d'agressivité. « Le regard de l'autre nous empêche de le tuer » nous dit E.LEVINAS », pourtant l'expression populaire « le regard qui tue » exprime bien la volonté de vouloir anéantir ou dominer l'autre, non au sens littéral du terme mais le tuer dans son âme, dans sa singularité. C'est l'expression d'un pouvoir, d'une absence de dialogue ou de compromis, d'un refus de sa différence, comme une fin de « non-recevoir », en somme d'un manque de reconnaissance de son unicité. S'agit-il de ceci lorsqu'un cadre parle « *d'adhésion* » ? Faut-il le comprendre comme l'effacement de ce qu'est l'originalité du patient alcoolodépendant en tentant de le faire entrer dans le moule du patient modèle ou est-ce au contraire le choix délibéré du patient d'accepter ou non les conditions de l'hospitalisation et le sevrage d'alcool ? La CDS 1 nous apporte des précisions évoquant à nouveau les notions de temporalité et de singularité lorsqu'elle dit : « *l'adhésion se fait à plusieurs et en premier lieu par le patient (...) c'est accepter qu'on ne peut pas aller au delà sur ce temps là, avec cette personne, avec tous les moyens qu'on a mis en place* ».

3.2.4. La responsabilité

Le visage parle avant l'existence d'un échange verbal. Ce premier silence nous oblige (dans le

sens où il nous est impossible de nous dérober) au dialogue, à répondre à l'autre et répondre de l'autre nous dit encore E. Levinas. Vouloir échapper à cet échange serait comme fuir, ignorer cette responsabilité qui nous incombe, non pas au seul sens de professionnelle mais à celui de responsabilité humaine. Ce serait ne pas reconnaître que ce contact a eu lieu et refuser l'engagement dans la rencontre.

Or dans cette étude le contact a lieu dans un contexte professionnel de soin entre un soignant et un patient souffrant d'une addiction à l'alcool où nous avons noté l'importance de la subjectivité, constaté l'importance du temps et évoqué l'impact des représentations. Refuser la rencontre serait signifier au patient alcoolodépendant qu'il n'est pas accueilli, et viendrait renforcer son sentiment d'isolement, voire d'exclusion et sa culpabilité. Nous avons pu constater précédemment la protection mise en place par les soignants dans un premier temps d'observation puis ensuite l'existence de la rencontre dans la majorité des cas.

Parler d'engagement n'est pas neutre.

Reconnaître la responsabilité pour ce patient signifie tout d'abord que le soignant tente d'agir le mieux possible pour le patient grâce à sa réflexion, à son analyse de la situation. Il lui faut mêler son ressenti de l'autre avec l'émanation du patient lui-même et donc se dévoiler, risquer une action qu'il pense bonne (ou la moins mauvaise) pour le patient.

Il arrive que le patient alcoolodépendant n'adhère pas aux propositions de soin qui lui sont faites pour diverses raisons : situation de sevrage insupportable, risque de dévoiler sa pathologie dans son milieu professionnel ou même sa famille, refus de se soumettre aux règles minimales de fonctionnement d'une unité de soins (présence aux tours des infirmiers, aux temps de repas, etc.), consommation d'alcool au cours de la période de sevrage hospitalier, etc.

Que faire dans ce cas ? Une cadre nous dit : « *Il faut prendre en compte également cet élément de prise en charge qu'est le refus et de proposer autant que possible un projet médical et un projet de soins adaptés au patient, surtout les patients qui ne le veulent pas* ».

Une réflexion collective est indispensable : « *Avoir un discours professionnel sur lequel le patient peut s'appuyer et un discours commun et partagé pour éviter justement un risque de faille* » ajoute la cadre.

Notre responsabilité professionnelle est engagée car nous ne pouvons laisser partir le patient sans proposer une solution ou trouver un compromis s'il refuse notre proposition. Notre souci de l'autre, témoignage de notre responsabilité pour autrui, nous dicte attention et prudence à l'égard de ce patient alcoolique qui exprime une fragilité. Cette réflexion collective est essentielle car elle permet à l'équipe d'échanger en tentant de comprendre la raison d'une telle situation. A cette occasion un positionnement final est décidé et présenté au patient, agir ainsi permet d'atténuer sa vulnérabilité, il n'est pas abandonné malgré sa démission. Le patient addict ne peut non plus

manipuler l'équipe soignante en utilisant une faille qui serait alors signe de fragilité du collectif soignant : CDS 1 « *Tout le monde a intérêt à tenir le même discours, c'est nécessaire en plus. On sait que « diviser pour mieux régner », on sait que certains patients jouent à ça, on sait que c'est le meilleur moyen pour faire éclater une équipe, donc on essaie d'avoir tous le même discours et d'aller dans le même sens sinon ça complexifie encore plus les choses ».*

Cela exige des soignants « une prise de distance », car « *Si on prend pas de recul, on peut « sur-réagir » et puis prendre trop à cœur ce que fait le patient parce que s'il s'énerve, c'est un manque d'alcool, c'est pas voulu de sa part, c'est qu'il ne se maîtrise pas »* nous dit une infirmière.

Nous constatons à nouveau que le positionnement des soignants est essentiel pour qu'ait lieu la rencontre. Nous avons noté la franchise d'une aide-soignante lorsqu'elle nous exprime qu'à choisir de prendre du temps entre un patient en soins palliatifs et un autre suivi pour une addiction, elle n'hésiterait pas et choisirait le patient en soins palliatifs. Comment peut-on comprendre une telle attitude ? L'addiction serait elle considérée comme moins noble que le soin palliatif ? Peut-on hiérarchiser une pathologie plus qu'une autre et de ce fait être plus disponible à l'égard d'un patient plus que d'un autre ? Existerait-il un bon patient et un mauvais ?

Ce positionnement convoque la question des représentations à propos de l'addiction à l'alcool et du patient addict, interroge l'influence des préjugés dans la rencontre entre soignants et soignés. Nous allons tenter d'apporter une réponse à ce questionnement en étudiant ce que sont les représentations, les préjugés, le lien inévitable avec les normes et leur confrontation à la compréhension de cette pathologie au travers des entretiens réalisés auprès des soignants.

3.3. Compréhension de la maladie

Nous avons pu observer précédemment des réactions provoquées par la prise en charge du patient alcoolique dépendant : la peur, l'appréhension, la crainte, la manipulation, le manque de fiabilité. J'ai évoqué une forme d'autoprotection du soignant face au risque de violence et d'insultes, induisant une prise de distance, distance physique parfois pour échapper à un geste agressif et distance émotionnelle pour ne pas se laisser trop atteindre par l'image que nous renvoie cette personne abimée ou détruite par l'alcool.

Cette attitude est adoptée au regard de l'expérience soignante de proximité et de terrain.

L'ASD 1 témoigne en ce sens : « *On ne connaît pas le vécu, on ne sait pas pourquoi ils en sont*

arrivés là, qu'est ce qui a fait que...? Ça peut arriver à tout le monde, il faut être un peu ouvert d'esprit mais c'est vrai que pour ma part j'ai eu le jugement facile quand j'étais face à ces patients parce que je ne comprenais pas (...) ».

La soignante exprime une incompréhension de la pathologie, comment donner du sens si les explications sont absentes ?

Cette attitude de protection peut être également le résultat d'un vécu douloureux du soignant (personnel ou familial) avec l'alcool ou d'une relation peu claire entre le soignant et sa propre consommation d'alcool comme une mise en danger de ce qui a contribué à la construction de sa personne. Cette confrontation peut favoriser une remise en question de son lien à l'alcool et de sa vision du patient alcoolodépendant comme l'expriment deux soignantes :

La CDS 1 « *Chaque professionnel ne va pas réagir de la même manière et je pense que chaque professionnel ne fait pas face à ces problèmes d'alcool de la même façon.* »

L'IDE 1 : « *Il y en a qui ont du mal avec les alcooliques, parce que enfin, c'est pareil, c'est difficile à comprendre, c'est une maladie psychologique plutôt, donc il y en a qui ont vraiment du mal* ».

L'aspect psychologique de la pathologie de l'alcoolodépendance est à nouveau évoqué en signifiant la difficulté que représente une telle prise en charge pour certains soignants du fait de leurs affinités et sensibilité. Nous ne savons pas cependant en quoi consiste cette difficulté : est-ce du fait de la perception de l'addiction à l'alcool ou est ce dû à la part importante de la psychologie ?

Il est intéressant à ce stade de notre étude d'analyser la perception qu'ont les soignants de cette pathologie.

3.3.1. Les représentations

J'ai questionné les soignants sur leur compréhension de l'addiction à l'alcool. Je souhaitais connaître leurs représentations à propos de la définition de cette maladie, les images qu'elle renvoie, leur perception du patient alcoolodépendant.

- L'image

CDS 2 « *L'alcoolique c'est le pochtron, c'est... on a tellement mis de mots péjoratifs sur ces personnes et l'alcoolisme, on voit souvent le clochard au milieu de la rue, qui tend la main pour se payer son litre de rouge et qui se saoule au rouge, que ce genre d'individu fait peur car il est*

complètement désocialisé, donc il y a un amalgame qui est fait »

ASD 2 « Ça fait quand même bizarre quand c'est quelqu'un que vous connaissez, c'était des proches, des amis de mes parents on va dire. Ça fait quand même bizarre, surtout qu'on ne le voit pas du tout. Il avait pas le comportement de quelqu'un d'alcoolique voyez, il n'a jamais été violent, enfin pas avec nous voyez ».

Constat que la violence de la personne alcoolodépendante n'est pas systématique.

« Ça ne se voit pas » signifie l' «invisibilité » de la maladie, il est donc possible aussi que l'apparence de la personne alcoolodépendante ne dévoile pas la maladie.

- La définition

CDS 1 « Je pense que c'est quelqu'un qui ne peut pas se passer du produit avec lequel il est addict... je dirai ça comme ça...il ne peut pas s'en passer. Je pense que s'il n'a pas le produit qu'il a l'habitude de prendre, il se considère plus mal qu'avec le produit qu'il prend qui lui fait des dégâts à la longue, ponctuellement ça lui fait du bien. Si il ne le prend il est pas bien mais ça il ne veut pas le vivre. Il préfère être dans l'état où il est quand il a bu et puis du coup après, il est un peu comme le cheval qui a des œillères, il ne voit plus ce qui se passe autour, il ne voit plus que les gens s'éloignent de lui, il ne voit plus qu'il se met dans la solitude, il ne voit plus qu'il se désocialise, parce que certains en arrivent là, et ça il ne s'en rend plus compte parce qu'il est bien ».

ASD 1 « La dépendance à l'alcool, c'est une faiblesse à un moment donné dans la vie et ces personnes là plongent dedans et ça pallie peut être à leur manque et ça devient quotidien, ça devient vite une habitude».

« C'est quand les gens sont désespérés, qu'ils n'ont plus de solution, ils n'ont plus vers qui se tourner en général donc c'est leur réconfort en fait. »

« ...en fait c'est la solitude qui pèse et puis c'est un peu la solution facile »

ASD 2 « (La personne) ne peut pas s'en passer, elle est obligée d'avoir sa dose d'alcool. C'est pas possible de passer une journée sans et en plus ça arrive de plus en plus jeune, ça me fait peur»

IDE 1 « C'est une envie de boire de l'alcool qui s'est installée petit à petit, au fur et à mesure du temps, et si on arrête on peut pas s'arrêter comme ça et on a besoin d'un traitement médical pour arrêter l'alcool sinon... »

IDE 2 « C'est comme le tabac avec la nicotine, le tabac, je ne sais pas trop mais au bout d'un

moment, ils ressentent le manque et ont besoin de boire. »

- La dépendance

IDE 2 « (...) Dans la dépendance, il y a la dépendance psychologique et puis après il y aura la dépendance physique, donc à un certain niveau, même si ils ne ressentent peut être pas le manque psychologiquement et bien physiquement, trembler comme ça, être mal, ils boivent pour pallier à ça je pense. »

CDS 2 « je pense que c'est des gens qui au départ boivent comme ça puis après, ils se rendent compte qu'à un moment donné de leur vie quand ils ont un problème particulier, ils ont l'impression que l'alcool est une espèce de béquille, les aide, les met dans un état dans lequel ils se trouvent plus ou moins bien et après l'engrenage est pris et c'est difficile d'en sortir... A un moment il faut que ce soit eux qui décident et le veuillent (le sevrage).

Evidemment il y a cette part de volonté mais est ce que cette volonté, elle n'est pas annihilée de par le stade d'addiction où en est le patient ? Est ce que lui même est encore capable de se prendre en main ? »

Nous pouvons noter une description correcte du processus : l'évolution progressive de la consommation d'alcool, le besoin irrésistible conduisant à la dépendance, la nécessité d'être aidé pour arrêter la consommation.

La citation de la faiblesse reprend l'idée commune de l'absence de volonté nuancée par le degré de dépendance. La CDS 2 évoque la question de la coopération du patient, aspect essentiel de sa reconnaissance comme celle d'un sujet singulier mais aussi de la responsabilité du soignant accompagnant le patient vers son autonomie.

L'image classique de la personne ivre, misérable, éventuellement associée à la mendicité, solitaire et exclue est présente mais la notion de représentation est exprimée par l'emploi du mot « amalgame ».

Nous retrouvons l'importance de la subjectivité face à cette maladie mêlant psychologique et somatique comme nous l'avons évoqué dans les chapitres consacrés à la rencontre et au soin.

Je citerai l'ASD 1 : « *C'est subjectif parce que moi je ne vais pas ressentir la même chose que ma collègue IDE ou que la stagiaire de 2ème année* » et à nouveau les dires de l'IDE 1 « *Ça m'a fait plus réfléchir sur ces gens (...) depuis que je suis dans le service, de se dire pourquoi ils sont là* ».

Les réflexions de l'IDE 1 sont intéressantes car elles viennent illustrer la possibilité de cette remise en question et traduisent l'évolution du regard soignant sur le patient addict lorsqu'on

l'approche.

Pour pouvoir faire ce cheminement il faut être disposé, disponible et motivé, avoir une ouverture d'esprit car notre regard et notre écoute ont été façonnés par des normes qui ont entraîné, en l'occurrence, des pratiques professionnelles et un positionnement souvent exprimé au cours des entretiens au moyen des termes *jugement* ou *juger*.

C.DRAPERI écrit :

« Au cœur de toute réflexion sur nos agissements, surgit la question des normes qui institue nos modalités d'existence dans le rapport de notre corps au monde et à l'autre. Même à notre corps défendant, normes idéologiques et normes scientifiques, normes sociales et normes juridiques contribuent à faire de nous ce que nous sommes, ici et maintenant, à forger notre regard et nos aveuglements, jusqu'à nos émotions et nos résistances ; régulant la vie collective, elles sont aussi l'outil de nos pratiques. »⁴⁷

Nous pouvons noter par l'emploi du terme « à notre corps défendant » l'influence presque malgré nous de notre milieu social, de notre éducation, de notre culture. Les normes induisent l'existence de représentations sociales et de préjugés. Elles agissent comme système de référence dans l'établissement du lien à l'autre et dans nos pratiques « *forgeant notre regard, jusqu'à nos émotions* », orientant peut être nos valeurs. Pouvoir s'en détacher n'est pas si simple, une attitude réflexive peut favoriser l'évolution de la prise en charge auprès des patients alcoolos dépendants et rendre cette frontière plus perméable.

Quelques précisions s'avèrent nécessaires pour comprendre ce qu'est une norme, quelle est la différence avec une valeur et leur lien avec l'existence du jugement.

3.3.2. La norme, la valeur

La norme est définie dans le dictionnaire comme étant « une règle, un principe, un critère auquel se réfère tout jugement » mais également « un ensemble de règles de conduite qui s'impose à un groupe social ».

Dans le chapitre consacré aux « Normes et valeurs » dans le Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, Ruwen OGIEN distingue tout d'abord norme et valeur ⁴⁸:

⁴⁷ DRAPERI C. Etre, devoir être, pouvoir être : autour des normes. *Ethique et santé*. 2008 (5), 65-66

⁴⁸ CANTO SPERBER M. (dir.) *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. Vol.2. 4^{ème} ed. Paris : QUADRIGE/ PUF ; 2004. p.1354

- dans la « théorie des normes, il est question de règles, raisons, principes, devoirs, droits, obligations, etc. » soit une théorie du devoir et de l'obligation morale.
- dans celle des valeurs « on parle plutôt de bien, de mal, de meilleur, de pire, etc. » soit une théorie du bien.

Puis il précise ensuite que normes et valeurs « font partie en réalité de la même famille, celle des notions prescriptives » c'est à dire *ce qui doit être* par opposition aux notions descriptives qui relèvent du sens statistique, quel que soit le critère de distinction adopté.

L'affectation de soignants dans l'unité de soin où se traite l'alcoolodépendance est personnellement une source de vigilance, tout comme pour les deux cadres rencontrées.

La CDS 1 dit « *Mon éthique de soignante c'est de ne pas, alors prendre parti je ne dirai pas ça, mais de ne pas travailler avec des a priori et casser les préjugés et des choses comme ça... Ça fait partie aussi du rôle du cadre de maintenir cette éthique là dans un service avec des valeurs en terme de respect et de communication, d'échange et de partage que j'inculque, que j'essaie en tous cas* ».

La CDS 2 : « *Mon rôle de cadre soignant est d'être à l'écoute de ce qu'ils disent (les soignants), de la façon dont ils parlent des patients, la façon dont ils les considèrent* ».

J'ajouterai qu'une vigilance est également nécessaire à l'égard des patients qui pourraient se saisir délibérément, comme une forme de manipulation, du manque d'expérience, de l'appréhension ou même de la période d'interrogation et de recherche du soignant, temps sensible où se dévoile la fragilité du soignant. A cette occasion, une attention particulière doit être portée au soignant afin qu'il ne soit pas seul, au sens d'isolé et donc vulnérable, en difficulté dans cette relation sans pouvoir le verbaliser ou se sentir autorisé à le faire.

Les cadres sont vigilantes à l'égard du soignant qui sera face à des patients hors norme et veillent au maintien d'une attitude professionnelle, c'est à dire de la capacité du soignant à prendre de la distance, à ne pas porter de jugement hâtif ou à l'emporte pièce à propos d'un patient addict qui le pousserait dans ses limites par des insultes, des gestes agressifs, etc.

CDS 1 « *Ça peut être très vite confus, ça peut aller très vite, par un leader négatif, par des rumeurs (...) on est toujours sur le fil aussi : à la moindre parole, au moindre jugement, au moindre a priori, à la moindre rumeur* ».

L'utilisation du mot hors norme est volontaire. Au sens commun il signifie ne pas être comme tout le monde, être différent. Nous retrouvons alors la question posée à la fin du paragraphe sur la responsabilité : existerait-il alors un bon ou un mauvais patient ?

Le bon patient serait alors celui qui est dans la norme, qui se conduit comme il est attendu : docile, présent lorsque nous avons besoin de lui faire un soin, faisant sa toilette, correct à l'égard

des soignants, tenant sa chambre rangée et propre, etc.

Le mauvais patient, catégorie dans laquelle le patient alcoolodépendant est fréquemment rangé, serait à l'opposé celui qui fume dans sa chambre, cache des canettes de bière ou bouteilles de vin dans son placard, insulte les soignants ou encore celui qui n'est jamais dans sa chambre; mais aussi paradoxalement le patient qui ne montre rien, parfois trop poli, nous alerte car c'est souvent le signe que quelque chose se trame à notre insu (trafic de substances ou d'alcool, sortie non autorisée de l'hôpital, etc).

Si ces exemples sont réels, ils ne sont pas pour autant toujours aussi tranchés. L'ASD 2 démontre par ses propos son empathie et la relation de confiance établie avec un patient addict: « *Il était très attachant, il m'avait expliqué son vécu, qu'il n'avait jamais cessé de boire et qu'il était content de ne pas avoir eu d'enfant (...)* ».

C.DRAPERI écrit : « C'est ce que révèle l'expérience du corps affecté, du corps meurtri, du corps souffrant pour qui vit dans l'insouciance familière de la normalité : une expérience qui conduit à réévaluer le poids des choses »⁴⁹.

Se questionner sur la norme entraîne inévitablement une réflexion sur la différence et sur la connaissance que nous avons de l'autre, le patient alcoolodépendant, et de nous même. Cette réflexion fragilise et bouleverse nos convictions jusque là établies. Ces patients nous déstabilisent car ils nous font perdre nos repères et cela nous fragilise.

Cette interrogation signifie cependant l'orientation vers la reconnaissance de l'autre au sens d'être humain singulier ainsi que nous l'avons étudié dans le chapitre consacré au visage. Elle est l'occasion de construire une autre éthique du soin, moins normative mais plus humaine, l'humain ayant ses forces et ses faiblesses.

La vulnérabilité des soignants se situe aussi à cet endroit et nous verrons le besoin de compréhension qu'ils ont de cette maladie pour mieux l'appréhender, manière de donner du sens à l'évolution de leur positionnement et en premier lieu de le permettre.

3.3.3. Le jugement

Ce terme « désigne une appréciation (approbation ou condamnation) non juridique (...) »⁵⁰

Il évoque le mot « préjugé », « pré-jugé » soit l'action de « juger avant » comme coller une

⁴⁹ DRAPERI C. Etre, devoir être, pouvoir être : autour des normes. Ethique et santé. 2008 (5), 65-66

⁵⁰ REY Alain (dir.), Dictionnaire de la langue française T.2. 2^{ème} éd. Paris : Dictionnaires LE ROBERT-SEJER ; 2006. p.1932

étiquette, sans connaître l'autre.

Plusieurs soignantes interrogées ont exprimé l'idée du jugement.

ASD 1 *« Au début...enfin c'était plutôt de la crainte je pense, plus de la crainte et de l'incompréhension et puis après comme je vous dis en apprenant à parler avec les gens, on connaît un peu leur histoire et tout, on est moins dans le jugement ».*

Cette soignante dit plus tard *« Il y a des patients qui ont des cirrhoses qui ne sont pas forcément liées à l'alcool et ils disent de bien préciser que ce n'est pas lié à l'alcool parce que du coup, ils ont peur du jugement aussi ».*

Le jugement est craint car il place dans une catégorie, il pose une étiquette dont il est parfois difficile de se défaire, et celle du patient alcoolodépendant est péjorative. En l'occurrence l'apport de cette précision demandée par les patients non alcoolodépendants est à elle seule l'expression d'un jugement également de leur part. Elle est justifiée par la peur d'être mis à l'écart et rejeté du fait d'une mauvaise interprétation de la pathologie signifiant par là même l'appréhension d'un jugement de valeur comme la traduction d'une appréciation personnelle, subjective et péjorative.

Le patient alcoolodépendant subit donc le regard des autres patients hospitalisés, comme le dit la CDS 2 *« C'est la société qui se donne rendez-vous à l'hôpital »* mais également des soignants, conscients de porter un jugement. Nous constatons l'existence d'un jugement qui se forme *« malgré eux »* et le regard critique sur ce jugement qui se forme en eux :

IDE 1 *« Au bout d'un moment, on se dit c'est dommage de gâcher sa vie comme ça, il y a toujours un petit agacement de se dire ça ».*

ASD 1 *« On se dit un peu « c'est malheureux », on a quand même l'esprit critique malgré notre métier on se dit que c'est un peu de leur faute... qu'il soit dans cet état ».*

Elles sont conscientes également de la neutralité qu'implique leur métier de soignant :

ASD 1 *« Essayer de pas juger même si c'est difficile, de mettre de côté un peu toutes nos convictions ...c'est distance professionnel – patient quoi... faut faire attention quand même ».*

Elle ajoute *« (...) Je me dis que je suis pas là pour les juger, je suis là pour les soigner avant tout et que de toute façon je ne connais pas leur vécu, que cela peut arriver à n'importe qui, je ne sais ce qui s'est passé dans leur vie pour qu'ils en soient là ».*

CDS 2 *« Des fois on ne peut pas éviter de penser que, voilà, « si tu n'avais pas bu comme tu as bu » (...) Ce n'est pas des choses que je dis ouvertement, de me dire « si tu avais arrêté de boire avant tu serais peut être pas dans cet état là. C'est le genre de choses qu'on peut pas dire au patient, et puis on est là, c'est un service public, on est là pour prendre en charge les patients quels qu'ils soient, quelle que soit leur nationalité et quelles que soient les pathologies pour lesquelles ils sont hospitalisés ».*

Nous observons donc une compréhension de la maladie où les soignants font preuve d'empathie et de sollicitude faisant ainsi référence aux notions de valeurs et parallèlement un jugement dépréciatif évoquant la notion des normes. Nous pouvons donc nous interroger sur la forme de prendre soin mise en œuvre par les soignants au regard du difficile équilibre à trouver entre ces deux notions.

3.4. Accompagnement vers le professionnalisme

Parler de professionnalisme n'est pas neutre. Une profession correspond à une activité régulière exercée et rémunérée, avec différentes caractéristiques comme sa finalité, telle l'utilité sociale et le désintéressement, et son accès du fait d'une formation particulière sanctionnée par un diplôme.

Partager une profession soignante, celle d'infirmière, d'aide soignante ou de cadre de santé, favorise la reconnaissance d'une identité professionnelle entre pairs avec des comportements et des compétences attendus, en particulier ceux liés à l'activité professionnelle de prendre soin de l'autre.

Nous avons pu constater dans cette étude l'expression de la subjectivité des soignants dans la relation avec le patient alcoolodépendant, la notion d'individualité est évidente. Nous pouvons alors nous interroger : comment un soignant décline-t-il ses talents, ses qualités, ses compétences au sein de sa profession ? Comment œuvre-t-il au sein d'une équipe ? Est-il accompagné ?

Cela évoque le sujet du professionnalisme⁵¹, manière de mettre en œuvre ses compétences.

Le dictionnaire Larousse donne la définition suivante de ce terme:

« Statut de quelqu'un qui exerce une activité, un métier en tant que professionnel expérimenté » mais précise également : « Qualité de quelqu'un qui exerce son métier avec une grande compétence ».

Nous allons préciser deux points importants :

Le statut de la profession et les compétences techniques et relationnelles.

3.4.1. Le statut

Le « statut » fait référence aux textes règlementaires, inhérents et incontournables à chaque

⁵¹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/professionnalisme/64159>, consulté le 15/06/2016

métier. Il illustre l'aspect collectif de la profession.

Le statut d'un « professionnel expérimenté » signifie que sa formation, sanctionnée par un diplôme, et l'expérience ont permis l'acquisition de connaissances, de savoirs faire et de savoirs être amenant la construction de compétences au cours de leur expérience professionnelle, comme le dit la CDS 1 : « *L'expérience ou l'expertise des professionnels qui sont là permettent quand même de bien repérer ce profil patient si je puis dire (...).* »

Comme nous l'avons étudié précédemment le seul « savoir faire » n'est pas suffisant, entrer en relation avec le patient alcoolodépendant requiert un « savoir agir ». Guy LE BOTERF nous précise que le « savoir agir » comporte et combine divers « savoirs faire ». Ils ne dépendent pas seulement de connaissances théoriques mais également de nos aptitudes et attitudes. Si l'ancienneté évoque l'expérience ou même l'expertise, est-elle pour autant un gage de sensibilité, d'empathie et d'attention ?

3.4.2. Les compétences

Les deux infirmières IDE 1 et IDE 2 ainsi que l'ASD 1 interrogées sont de jeunes professionnelles ayant entre 8 mois et 3 ans d'ancienneté, les cadres CDS 1 et CDS 2 ainsi que l'ASD 2 ont une expérience plus importante variant entre 10 et 20 ans.

Malgré leur courte expérience de soignante, elles ont su nous démontrer l'attention, la réflexion et la prise de distance dont elles étaient capables.

IDE 1 « *On arrive à discuter entre nous, certains patients sont plus ou moins difficiles. On en parle entre nous, après on relativise, on se dit que... on le voit d'un autre côté parce qu'on a pas le même aperçu, ça permet de tempérer aussi, de prendre du recul dessus, sur la situation* »

L'emploi du terme « compétence » prend alors toute son importance. Guy LE BOTERF nous précise que « le concept doit rendre compte de la double dimension, individuelle et collective de la compétence » et ajoute : « La » compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources ⁵²».

Il semblerait que les infirmières et aides soignantes trouvent leur ressource au sein de leur équipe : ASD 1 « *On essaye bien de parler...on se fait un peu notre propre thérapie dans le service* », elle ajoute « *c'est déjà bien !* », effectivement, nous verrons ensuite comment ce peut être possible.

⁵² LE BOTERF G . De quel concept de compétence avons nous besoin ? Dossier Les compétences, de l'individuel au collectif. SOINS CADRES n°41

Dans le contexte du soin, les activités et compétences attendues des professions d'infirmières et d'aides soignantes sont décrites dans un référentiel métier. Il ne se substitue nullement au cadre réglementaire et correspond à l'apprentissage de l'association du savoir faire, du savoir être et d'une posture éthique associée à la singularité des soignants, déclinaison de leurs valeurs auprès des patients.

Apparaît la dimension individuelle de la compétence car inévitablement la personnalité du soignant, son appréciation de la pathologie, ses représentations colorent la forme de la prise en charge et ce quelle que soit la durée de son expérience, nous parlons alors du sujet-soignant. Il s'agit de sa disposition, c'est à dire de sa capacité à « se laisser aller » à ressentir, comme une mise en éveil de ses sens et de ses intuitions. Son humanité s'exprime et permet ainsi la rencontre comme nous avons pu le voir précédemment.

CDS 1 « *On va prendre soin de la personne quand on la connaît, quand on a su évaluer et identifier ses besoins et qu'on va adapter, qu'on va s'adapter et adapter nos compétences, nos objectifs avec la personne pour optimiser au mieux le projet de soins.* »

Cependant nous avons auparavant constaté la difficulté de certaines soignantes face au patient alcoolodépendant : il y a « *ceux qui ont du mal avec les cancers, il y en a qui arrivent bien, qui sont plus du côté de la technique, d'autres de la psychologie, d'autres les deux, enfin... c'est plus être à l'aise avec un soin plus qu'un autre* » comme le dit l'IDE 1 ainsi que l'ASD 2 « *C'est vrai que quelque fois ça ne se passe pas bien du tout avec certaines* ».

Nous observons alors la dimension collective de la compétence et l'évocation de la notion d'entraide. Si de nombreuses interrogations existent, les soignantes constatent et admettent l'embarras de certaines de leurs collègues lors d'une prise en charge relevant de l'alcoolodépendance.

3.4.3. L'interrogation, le questionnement

Les soignants ont exprimés dans des propos précédents l'évolution de leur perception des patients alcoolodépendants par leur questionnement. Ils démontrent en premier lieu qu'ils ne restent pas figés dans une position. Cette attitude réflexive favorise l'évolution de leur positionnement. Elles ne sont pas sûres de leur attitude ou de ce qu'elles disent au patient mais elles essayent, au risque de se tromper peut être mais aussi de réussir malgré ce tâtonnement, c'est la traduction de leur posture humaine et éthique.

IDE 2 « *On essaye de rechercher pourquoi et après, c'est sûr, en apprenant à connaître la personne, la questionner, déjà faire de la prévention, leur rappeler les risques (...) puis de les comprendre, de les écouter, de savoir en gros pourquoi, oui, les amener à comprendre pourquoi ils sont arrivés jusque là et essayer de régler ses soucis psychologiques, qu'est ce qui les a amené à devenir alcooliques, pour pouvoir avancer après, pas que ce soit un cercle vicieux, qu'ils arrêtent et qu'après, ils retombent dedans?*

IDE 1 « *C'est vrai qu'on aime bien savoir comment il en est arrivé là, pourquoi ? (...) Pour savoir un peu son passé pour savoir si c'était vraiment une... une fracture psychologique et qu'il ait eu quelque chose qui l'a poussé à être comme ça ou si c'est une installation petit à petit d'un rythme de vie (...) On sent que c'est vraiment un mal être intérieur ».*

Cette remise en question survient lorsque les soignants réalisent que leurs représentations sont ébranlées par leur face à face avec le patient alcoolodépendant. C.DRAPERI parle même de « déconstruction ⁵³ » nécessaire pour « prendre en compte le sujet, pour communiquer, accéder à la singularité d'une situation, par exemple dans la réflexion éthique collective ». Les certitudes des soignants ne sont plus aussi solides confrontées à la rencontre car ils prennent conscience de leur méconnaissance du mécanisme de l'addiction.

CDS 2 « *C'est la méconnaissance et puis je crois il y a cette image véhiculée par monsieur tout le monde »*

IDE 1 « *On est toujours en manque d'informations de comprendre des mécanismes, donc on a toujours besoin de comprendre. C'est vrai que c'est là où moi je trouve qu'il nous manque le plus. Tout le côté psychologique de mieux comprendre pour justement mieux aborder les choses après. »*

Nous pouvons faire le lien entre compétence et réflexivité :

« Une personne ne pourra vraiment être reconnue comme compétente que si elle est capable, non seulement de réussir une action mais aussi de comprendre pourquoi et comment elle s'y prend pour agir ⁵⁴ » nous dit encore G.LE BOTERF.

Dans le sujet de notre étude, cela signifie que le soignant doit avoir les informations concernant la pathologie de l'alcoolodépendance pour mieux la saisir. Il observe les signes cliniques et connaît le traitement engendré mais il lui faut aussi connaître l'origine de ces signes cliniques afin de comprendre, de faire les liens, de relativiser ses réactions face à certaines attitudes de

⁵³ DRAPERI C. Etre, devoir être, pouvoir être : autour des normes. Ethique et santé. 2008 (5), 65-66

⁵⁴ LE BOTERF G . De la notion de compétence à celle de la validation des acquis. Dossier Les compétences, de l'individuel au collectif. SOINS CADRES n°41, p.22

patients alcoolodépendants. Confrontés à la situation concrète et aux difficultés rencontrées, il n'est guère étonnant que de jeunes soignants réalisent le besoin d'avoir des éléments de compréhension du fait de leur formation initiale précoce. Cela démontre l'importance de la formation continue au fil de la pratique.

A.M.FRANCES⁵⁵ cite le philosophe Gustave THIBON « Rien ne prédispose plus au conformisme que le manque de formation ».

Or la formation en addictologie des IDE et ASD au cours de leurs études est assez limitée, à moins d'avoir été en stage dans des services accueillant un grand nombre de patients alcoolodépendants, elle a lieu en réalité sur le terrain.

ASD 1 « *En fait on le voit sur le terrain quoi, on ne le sait pas mais on apprend ! Oui, c'est ça, on voit sur le tas* ».

Au cours des entretiens, nous constatons que les soignants expriment leur besoin de compréhension :

IDE 2 « *Essayer de chercher (...) J'essaie de comprendre pourquoi mais sans leur dire « pourquoi vous êtes agressif ? », j'essaie de leur poser... de comprendre, de trouver moi même l'origine* ». L'idée de la solitude apparaît.

Elles expriment également leurs doutes, leurs interrogations sur leurs façons de faire :

ASD 2 « *Après je me dis que je ne sais pas toujours... Je me dis « est ce que j'ai dit les bonnes choses vous voyez ? (...) Je ne sais pas tellement si je sais m'y prendre ... ce n'est pas évident, je n'ai pas une grande expérience non plus (...) Je ne sais pas la bonne façon de faire* ».

Cette aide soignante manifeste une posture éthique et réflexive : elle se questionne sur la pertinence de ses propos et de ses actions.

CDS 2 « *On a l'impression quelque part de se sentir démuni, impuissant. Est ce que nous on peut réellement quelque chose pour les aider ?* »

« *Est ce que j'ai fait tout ce qui était en mon pouvoir pour les aider et leur donner les armes nécessaires pour que eux, de leur côté, réfléchissent et prennent la décision de rentrer dans un processus d'arrêt de l'alcool ? (...) C'est vrai que parfois on a l'impression que c'est un échec* ».

Les notions d'impuissance et d'échec des soignants apparaissent clairement. Le questionnement constaté traduit à nouveau une méconnaissance de la pathologie, en particulier du fonctionnement neurobiologique, dans le sens où les mécanismes de l'alcoolodépendance ne sont pas connus (contrairement aux manifestations cliniques). Le risque engendré est l'erreur

⁵⁵ FRANCES. A.M. « *Se former à prendre soin* ». *Perspective soignante*. Septembre 2014 n°50 p. 49

d'interprétation de la conduite du patient : subsistent alors à cet endroit l'influence des représentations et préjugés, en particulier en ce qui concerne la volonté et la faiblesse, avec le danger de l'exclusion et de la stigmatisation du patient car l'ASD 1 nous dit que « *c'est des personnes fragiles en général* ».

Il ne s'agit pas d'une absence de sens mais d'un sens donné erroné sur lequel est basé le prendre soin. Sans explication complémentaire sur les difficultés ou incapacités du patient à se conduire selon une normalité convenue, les représentations subsistent et la motivation du soignant peut être atteinte.

CDS 1 « *Elles (les soignantes) ne vont pas se dédouaner mais à un moment donné elles ont compris la limite. Elles soignent régulièrement ces patients et du coup, pour elles, ça fait partie aussi des limites du soignant que de se dire que l'adhésion, elle se fait à plusieurs et y compris en premier lieu par le patient. Donc nous on propose, on fait, on agit, bon... et à un moment donné comme je disais ça peut être démotivant, déstabilisant pour certains soignants* ».

C'est à cet endroit que se confrontent à la méconnaissance les notions de normes et de valeurs chez les soignants, manifestation individuelle de leurs capacités de remise en question. Cet ébranlement associé à la solitude évoquée précédemment ne peut que fragiliser davantage le soignant.

Les soignants interrogés ont approché les personnes alcoolodépendantes avec leur étiquette professionnelle protectrice puis certains, selon leurs dispositions, ont pu les rencontrer comme sujet malade. Le regard soignant a permis de percevoir différemment cette pathologie parce qu'abordée sous un angle différent, l'angle professionnel qui permet une distance affective et un pas vers la reconnaissance. Je peux citer l'exemple de l'ASD qui parle des amis de ses parents qu'elle perçoit alcooliques tandis qu'eux mêmes ne se reconnaissent pas alcooliques, or tout dans leur comportement témoigne d'une addiction à l'alcool. Cette situation rencontrée dans la sphère privée est analysée avec un regard professionnel.

ASD 1 « *Moi je passe un peu pour une abrutie quand je leur dis que ce n'est plus occasionnel quand ça devient quotidien, en sous entendant bien sûr sans jugement, que c'est une consommation quotidienne, que ça expliquerait peut être leur état quoi. Et même la famille ils sont dans le déni, ils ne réalisent pas, pour eux c'est rien en fait, ça a toujours été le cas, un verre de vin par repas...bof ce n'est pas grave.* »

Le regard de l'entourage ou des autres soignants extérieurs à l'unité est également soumis aux représentations. Il s'agit alors pour le soignant de se démarquer du regard des autres à propos de ces patients qu'il côtoie et d'assumer en quelque sorte, lorsqu'il a lieu, l'évolution de son positionnement, voir même d'apporter des explications. Cela ne signifie pas une validation de la

conduite addictive mais une amorce de la compréhension de cette pathologie.

3.4.4. L'information pour une meilleure compréhension

La méconnaissance de cette pathologie de l'addiction limite le seuil de tolérance des soignants :

ASD 1 « *Honnêtement je vous dis en tant que soignante...ils sont montrés du doigt, c'est pas intéressant au niveau médical, c'est un peu eux qui l'ont cherché quand on est cirrhotique. »*

CDS 1 « *Est ce qu'il y a réellement une part de volonté de la part de la personne à vouloir arrêter, est ce qu'ils sont toujours aptes, est ce que certains sont capables d'entendre, de comprendre ce qui va leur arriver ? Et puis est ce qu'à l'extérieur, ils ont les soutiens nécessaires pour les aider ? »*

CDS 2 « *Pourquoi certaines personnes qui auront quasi le même parcours vont plonger dans l'alcoolisme et d'autres pas ? Est ce qu'il n'y a qu'une histoire de volonté ?*

J'ai écrit en introduction l'importance du maintien du lien entre soignant et patient addict lors de l'hospitalisation. Ce lien ne peut exister qu'à la condition d'une compréhension des soignants du mécanisme de l'addiction à l'alcool et de l'inscription de cette addiction dans l'histoire personnelle du patient.

C.Draperi écrit⁵⁶:

« Parce qu'un regard partiel qui s'ignore devient un regard partial, parce que l'implication dans une logique non questionnée devient une logique aveugle, il convient de donner aux étudiants (*et dans notre étude je me permettrai d'ajouter « aux soignants »*) les moyens d'une prise de distance critique et de la construction d'une démarche ouverte et rigoureuse. Cela implique de réfléchir aux conditions d'une coopération entre réflexion praticienne et analyse critique, (...) entre connaissances et compétences.

Cela montre que l'on devient jugeant malgré nous, à notre corps défendant comme je l'ai écrit auparavant, c'est à dire que nous ne nous rendons pas compte que nous sommes tombés dans le jugement, faute de comprendre le contexte et sa complexité. C'est pour cette raison que la posture réflexive du soignant est si importante.

Si les soignants démontrent leur capacité de remise en question, il importe de connaître dans quelles conditions l'accompagnement individuel et collectif des soignants peut avoir lieu.

⁵⁶ DRAPERI C. Etre, devoir être, pouvoir être : autour des normes. Ethique et santé. 2008 (5), 65-66

3.4.4.1. Le collectif

De manière générale, le travail d'équipe est la collaboration d'un ensemble d'individualités pour une action commune auprès du patient.

IDE 2 « ... on peut débattre entre nous, on peut faire appel à la psy, on peut en parler à la cadre, même si vraiment dans l'extrême, on arrive plus avec un patient, on peut demander avec un collègue »

IDE 1 « Oui, je pense que c'est bien quand on sature un petit peu d'un patient de pouvoir prendre le relai, de pouvoir en discuter ensemble et puis même avec les médecins, de comprendre tous les signes, les symptômes, de voir avec eux (...) On se le raconte entre nous, on se le dit, on a des visions différentes (...) ».

Nous notons la volonté de l'IDE 1 d'échanger avec les médecins, « même avec les médecins » dit-elle. Il est important de souligner que parler d'équipe autour du patient signifie une équipe paramédicale et une équipe médicale.

Les médecins ont la connaissance du patient en amont de son hospitalisation lorsqu'il est suivi dans le cadre de l'ELSA notamment. Ils peuvent ainsi apporter des informations essentielles à la compréhension de situations singulières auxquelles sont confrontés les paramédicaux comme son parcours jusqu'à l'hospitalisation, sa situation sociale, le contexte de son addiction à l'alcool. Pouvoir échanger des informations crée un lien entre les soignants médicaux et paramédicaux dont chacun bénéficiera, patients mais aussi médecins, infirmières et aides soignantes.

Il est étonnant de constater la méconnaissance de l'ELSA dans les établissements où je suis allée : cela traduit un manque de visibilité de l'expertise de cette équipe auprès des équipes soignantes des unités et par conséquent des échanges limités donc peu de partage et d'aide apportée. Nous pouvons aussi nous questionner sur la perception de cette équipe de liaison par les soignants : ses interventions sont-elles identifiées comme étant uniquement au service du patient ? Les soignants ne semblent pas savoir qu'ils peuvent bénéficier de ce soutien et de cette expertise.

ASD 1 « Je ne sais pas du tout comment ça se passe, nous on est pas assez informé pour ça justement. Je ne suis pas au courant (...) Savoir un peu ce que nous nous pourrions faire un peu en tant que soignant. Je sais pas enfin, trouver les mots, les orienter parce que moi je ne savais même pas que ça s'appelait ELSA par exemple, ça doit signifier quelque chose les lettres ? ».

ASD 2 « Je pense que ça peut m'aider pour comprendre certaines choses, oui, je ne sais pas, le

pourquoi du comment ».

CDS 2 « (...) On a notre expérience mais on peut se fourvoyer aussi dans notre façon d'appréhender le problème, d'appréhender le patient et ça peut toujours être une aide pour avoir des outils supplémentaires pour améliorer notre prise en charge des patients et puis peut être pour aider à réfléchir sur des axes auxquels on aurait pas pensé ».

Mais comme l'exprime la CDS 1 « Le fait d'avoir des éléments de réponse en terme de partage de l'information, vers qui on va se tourner, comment on verbalise qu'on est pas bien , enfin qu'il y a une relation soignant-soigné qui nous interroge, est ce qu'on va oser le dire ?

En cela l'équipe de soin, de par son fonctionnement peut autoriser ou pas le questionnement et ainsi faciliter ou pas l'élaboration de la réflexion.

Le fait même que l'on puisse débattre traduit l'existence d'une atmosphère propice au partage de ses difficultés et à la remise en question de son positionnement, c'est un signe de recherche de qualité et de sens de la prise en charge soignante : ne pas travailler comme simple exécutant mais bien comme un sujet pensant et agissant.

Les cadres de santé nous expriment leur vigilance à l'égard des soignants pour le maintien de leur positionnement professionnel.au sein du cadre hospitalier (nous notons au passage le sens du nom « cadre de santé » qui est la fonction d'une personne veillant au respect du cadre professionnel dans lequel s'inscrit le travail des soignants).

Le cadre de santé doit garantir l'existence d'un climat favorable à l'expression au sein de l'unité. Lorsque le soignant a l'assurance qu'il peut exprimer son opinion sans être jugé, exclu ou stigmatisé, il peut se livrer, voire se délivrer, de questions qui alourdissent son quotidien, majorent l'incertitude et une forme de solitude.

CDS 2 « D'être là en soutien, de relayer auprès de l'équipe médicale »

CDS 1 Parce que la politique actuelle c'est quand même de parler au maximum des choses qui nous sont difficiles, des erreurs, des choses comme ça et je trouve que là pour le coup ça peut être très aidant pour un soignant et pour une équipe de partir d'une situation et de réaliser même l'analyse de pratique et de se dire en collectif comment on voit les choses, les partager, etc. »

CDS 2« (...) ne pas être non plus dans « c'est pas bien, faut faire ou pas faire »... voilà, c'est à la fois concilier les représentations, le rôle soignant. Je suis là parfois en disant « oui mais nous sommes les soignants ». Donc elles peuvent dire en plaisantant des choses mais attention, on ramène au cadre soignant, aux obligations professionnelles (...) ».

Car il y un risque et je rappellerai ce que dit la CDS 1 « Ça peut être très vite confus, ça peut aller très vite, par un leader négatif, par des rumeurs (...) on est toujours sur le fil aussi : à la moindre parole, au moindre jugement, au moindre a priori, à la moindre rumeur ».

Cet espace de parole peut être ainsi l'occasion pour chacun d'exprimer son questionnement, son positionnement et d'apprendre, ceci afin de construire ensemble, avec l'équipe, pour les patients alcoolodépendants en fonction des connaissances qui auront été apportées. La posture professionnelle n'est pas prédéfinie et figée, elle se construit collectivement dans une attention à plusieurs à ce qu'il est le plus adéquat de faire dans des situations données et non dans l'absolu auprès des patients addicts.

Le positionnement adopté sera ainsi légitimisé car pensé, réfléchi, choisi puis transmis au sein de l'équipe de soin. La cadre de santé prend le risque d'une décision prise par l'équipe qui ne soit pas celle qu'elle aurait souhaité. En procédant ainsi elle signifie aux soignants la confiance accordée et les conduit vers l'autonomie.

3.4.4.2. L'individuel

J'ai évoqué l'existence de la solitude du soignant face au patient alcoolodépendant. Ceci concourt à l'existence d'une forme de vulnérabilité qui ne serait pas seulement celle de surface vis à vis de la crainte de la violence mais celle face à l'incertitude de la rencontre avec chaque patient alcoolodépendant, à cette confrontation avec le hors limite et cet équilibre si difficile à trouver entre les normes et les valeurs. La subjectivité ne peut être ignorée car la situation dépend de chacun, soignant et soigné, et du moment où elle a lieu.

Comprendre la situation, la pathologie, est aussi une forme de respect à l'égard de soi et à l'égard de l'autre, le patient comme les collègues soignants.

AM.FRANCES écrit « Se former à prendre soin c'est se former à être attentif à soi, pour être attentif à l'autre dans un principe de communion. Communion dans le sens de partager des idées, des valeurs, d'être ensemble, ce qui rejoint l'idée de communauté »⁵⁷.

Car comment prendre soin de l'autre si nous ne sommes pas attentifs à nous même ?

Nous pouvons faire le parallèle avec le terme soignant que nous pouvons entendre comme « soignant ». Il s'agit justement de ne pas s'oublier soi même dans cette relation difficile, instable et incertaine avec le patient alcoolodépendant.

Cette abnégation ou cette résignation ne peut rester sans apport d'explication.

ASD 1 « *Je ne suis pas au courant du tout moi au niveau des personnes alcooliques. Peut être que ça peut servir à quelque chose que d'en savoir plus, on pourrait peut être plus les orienter, les conseiller* ».

IDE 2 « *Oui, ça m'intéresserait...déjà pour arriver à comprendre, à mieux comprendre les*

⁵⁷ FRANCES. A.M. « Se former à prendre soin ». *Perspective soignante*. Septembre 2014 n°50 p. 51

patients qui viennent et qui sont alcooliques ou en sevrage alcoolique parce qu'on ne connaît pas tout et puis surtout ça donnerait une approche par rapport à eux. Il doit y avoir plein de causes, même les ressentis qu'ils ont. Donc arriver à les comprendre ».

Dans l'établissement où je travaille, une journée de formation concernant le patient suivi en addictologie est organisée par l'ELSA à deux reprises au cours de l'année. Les soignants de l'hôpital qui souhaitent participer à cette formation se manifestent auprès de leur cadre. J'ai choisi pour ma part d'inscrire systématiquement tout nouveau soignant (infirmière ou aide soignant) arrivant dans l'unité. J'attends cependant qu'il se soit intégré dans l'équipe et qu'il ait pris en charge des patients alcoolodépendants. Je souhaite qu'il éprouve la confrontation de ses représentations avec ce qu'il vit au contact des patients addicts, qu'une sorte de réflexivité soit engagée lorsqu'il participera à cette formation afin qu'il comprenne le sens et l'intérêt de celle-ci.

CDS 1 *« Je pense que ça (la formation) peut être intéressant d'une part pour l'équipe mais aussi pour d'autres services car c'est un problème qui peut être retrouvé, emblématique, dans différents types de service et pourquoi pas après faire une formation sur la posture, sur le travail en lien avec le psychiatre, le psychologue, sur comment on doit être, sur le profil aussi soignant car on parle du profil patient mais il y a aussi un profil soignant adapté. »*

Elle ajoute *« Mais est ce qu'on rentrerait pas non plus dans « il faut que le soignant soit comme ça » donc dans une perte d'authenticité et au risque de ne pas avoir la confiance ? »*

Cette dernière remarque est importante car si ce temps de formation est l'occasion d'apprendre entre autre l'impact neurobiologique cérébral de l'alcool et donc une sorte de déconstruction de ses représentations quant à l'idée d'un manque de volonté, de faiblesse, cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agit de formatage. Ce qui est illustré par ce que nous dit G.LE BOTERF *« Etre compétent, c'est non seulement être capable de faire ou d'agir, mais c'est aussi pouvoir analyser et expliquer sa façon de faire ou d'agir »*⁵⁸

Il s'agit donc d'informer et de donner les outils pour comprendre la maladie de la dépendance à l'alcool, cet autre atteint de cette pathologie mais aussi soi même afin de pouvoir ajuster son comportement en situation, sa posture, comme l'exprime la cadre CDS 2 :

« Je pense que ce qui fait peur c'est l'inconnu et quand tu connais, quand tu as les bonnes informations données au bon moment et par les bonnes personnes et bien ça permet de te faire évoluer toi et puis de voir les choses de façon différentes et puis (aussi) d'être au contact quotidiennement de ces patients ».

⁵⁸ LE BOTERF G . De la notion de compétence à celle de la validation des acquis. Dossier Les compétences, de l'individuel au collectif. SOINS CADRES n°41, p.22

Dans le contexte de cette pathologie où nous avons noté l'importance des représentations, du jugement, il est important de rappeler l'importance de l'information et l'autorisation d'un espace de parole individuel et collectif auprès de la cadre de santé où il ne s'agit pas de convaincre mais d'offrir la possibilité d'exprimer les difficultés, les questions, les satisfactions, où il ne s'agit pas de contrôler ce que pensent les soignants mais de leur donner les moyens de comprendre, afin de contribuer à donner du sens pour un meilleur ajustement de leur positionnement au sein de l'unité dans ce qu'est le prendre soin de ces patients alcoolodépendants.

4. Conclusion

La naissance de mon questionnement à propos de la relation du soignant avec le patient alcoolodépendant remonte au début de mon activité professionnelle car j'ai exercé en majorité en hépato-gastroentérologie, médecine et chirurgie, en étant tout d'abord infirmière puis ensuite cadre de santé.

L'observation des difficultés rencontrées au quotidien telle la confrontation à une forme « d'autodestruction » sans explication approfondie, à l'agressivité et aux négociations sans fin avec les patients, m'a conduit à approfondir ma réflexion à propos de la relation instaurée avec le patient alcoolodépendant.

Cette étude m'a permis d'aller à la rencontre de soignants. J'emploie volontairement ce terme de rencontre car tout comme j'ai abordé la question de la rencontre du patient alcoolodépendant avec le soignant, il s'agissait pour moi de recueillir auprès des soignants interrogés des informations précieuses pour ce travail sur un sujet sensible, en un temps limité et donc d'inspirer rapidement confiance pour permettre une rencontre.

J'ai pu constater au cours des entretiens la franchise des soignants car elles n'ont éludé aucune question, elles n'ont pas nié leurs difficultés face à la pathologie de l'alcoolodépendance, leur disposition à participer à une étude n'était pas feinte même si certaines ont probablement eu quelques inquiétudes sur l'interprétation que je pouvais avoir de leurs propos.

J'ai constaté au cours de cette étude le souhait et la volonté de compréhension des soignants au sujet de l'alcoolodépendance et de ses répercussions chez le patient addict, la méconnaissance du phénomène de la dépendance et des conséquences cérébrales de l'addiction à l'alcool ne favorise pas une prise de décision ajustée aux besoins de la situation.

J.P. PIERRON écrit que « l'élection mutuelle soignant/soigné ne fait donc pas le tout de la relation soignante. Celle-ci est la rencontre d'une confiance qui s'en remet à une compétence, étant finalisée, non par le souci d'une bonne relation mais par le travail thérapeutique ⁵⁹ ».

Ce travail thérapeutique ne peut avoir lieu seulement et seulement si les soignants comprennent la pathologie, la situation thérapeutique et médicale du patient avec ses enjeux et ses risques. Ne pas comprendre ne leur permet pas d'agir au mieux pour le patient et de savoir être face à lui. L'incertitude est donc très présente et certaines soignantes ont exprimé le fait de se sentir démunies.

⁵⁹ PIERRON, J. P. (2010) *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. Presses Universitaires de France. p. 20

L'information et la formation (en la distinguant également du formatage) données par les médecins, voire une recherche individuelle, permet de réduire le « regard partiel » qui limite et influence malgré nous notre ressenti face à l'autre, c'est la possibilité de donner du sens à nos observations ou constatations et de construire la compétence mise en œuvre dans la prise en charge des patients atteints d'une addiction à l'alcool.

L'éducation, la culture, la capacité de réflexion teintent la posture soignante et cette disposition à accueillir un autre, différent de soi, atteint d'une pathologie conduisant à l'exclusion et l'isolement social. Or l'« ébranlement de la contiguïté brutale » entraîne un changement de leur perception des patients addicts à l'alcool. La déchéance, la dégradation physique, la solitude, l'alcoolisme perçu comme un vice, « le pochtron », ne sont plus seulement des mots utilisés de manière commune et générique, ils deviennent habités par des hommes et des femmes qui ne sont plus seulement des corps malades de l'alcool mais bien des sujets malades qui souffrent de leur addiction, de l'image qu'ils renvoient et de la stigmatisation, stigmatisation cultivée finalement parfois par les soignants eux mêmes!

Ils sont conscients de parfois porter un jugement soutenu par leurs représentations du fait de leur manque de connaissances. La confrontation avec le patient alcoolodépendant leur amène des doutes quant aux convictions qu'ils pouvaient avoir avant de les approcher dans ce contexte particulier du soin, or les convictions sont personnelles et n'ont rien d'éthique en elles mêmes, comme si elles étouffaient la possible interrogation. Être persuadé de bien faire et de bien penser à l'égard du patient alcoolodépendant ne va pas nécessairement dans le sens du bien pour celui-ci et les soignants nous ont exprimé leur souhait de bien faire selon ce qu'ils pensaient être le mieux pour le patient addict, mais également leurs doutes quant à leur manière de prendre soin.

La confiance du patient addict à l'égard du soignant existe si la rencontre a lieu, si l'attention du soignant se porte au patient corps-sujet et non seulement au patient alcoolodépendant corps-objet malade, manière de le reconnaître l'homme et non « l'alcoolique ».

Certains soignants manifestent une attention clinique faisant référence au corps objet tandis que d'autres sont d'emblée attentifs à l'homme et à ce qu'il exprime, à son visage comme l'écrit E.LEVINAS, c'est à dire ce qui émane de sa personne.

Nous avons pu observer que certains soignants ont la capacité de prendre du recul, de ne pas s'enfermer dans une première impression ou un préjugé, il est important de noter à cet endroit le rôle du collectif soignant, lieu d'échanges et de transmissions d'informations et de positionnements. Je constate à cette occasion le peu de relation entre l'ancienneté et la maturité professionnelle. Les ASD 1, IDE 1 et IDE 2 sont de jeunes professionnelles avec moins de cinq ans d'exercice, elles osent questionner, elles n'abandonnent pas, elles veulent comprendre ce

qu'est l'alcoolodépendance et manifester leurs valeurs soignantes, telle la bienveillance.

Ce questionnement ne traduit il pas leur orientation vers une posture éthique ? Comme si les soignants faisaient de l'éthique sans en avoir connaissance, évocation de Mr Jourdain découvrant qu'il faisait de la prose sans le savoir.

S'ajoute alors la question de la représentation de ce qu'est l'éthique considérée par beaucoup de soignants comme une chose lointaine, imprécise et inaccessible, réservée à certains intellectuels ou personnes cultivées. Au travers des échanges avec les soignants interrogés, j'ai constaté dans leurs façon de prendre soin de l'autre (le mot « éthique » n'a cependant été prononcé qu'une seule fois par un cadre au cours des entretiens) une attitude pouvant s'apparenter à un positionnement éthique car elles recherchent le positionnement adapté, ajusté au patient singulier. Il me paraît alors essentiel de permettre aux soignants une lecture de leur posture éthique dans leur pratique du prendre soin quotidien, d'une part pour qu'ils prennent conscience de leur façon d'agir, manière de signifier leur autonomie, et d'autre part pour qu'ils puissent ensuite essaimer et transmettre cette posture lors de ces situations complexes abordées. C'est les conduire vers le professionnalisme où la notion d'éthique est incontournable lorsque « l'objet » de notre questionnement est un « sujet », en l'occurrence un patient ayant une addiction à l'alcool.

L'accompagnement des soignants nécessite de l'attention et de la disponibilité pour les conduire vers un détachement ou un éloignement de leurs représentations, vers une réflexion de cette prise en charge du patient alcoolodépendant qui nécessite à la fois une certaine forme de souplesse mais également un cadre professionnel solide.

L'édification (ou la construction) de ce cadre professionnel est une affaire collective. Le terme « conviction » faisait référence précédemment à un positionnement personnel ne laissant pas la place au changement, j'ajouterai maintenant, par opposition au positionnement construit collectivement dans une démarche éthique. Cela signifie une évolution possible et des réajustements de la posture professionnelle du fait de la personnalité des sujets qui constituent le groupe mais aussi une vigilance nécessaire pour rendre possible l'expression de chacun, pour écouter chacun sans exclusion, ce qu'expriment les cadres rencontrés.

Cette exigence rapportée au travail collectif au sein de l'équipe est la même requise auprès des patients alcoolodépendants. Cette limite de jugement à l'égard de nos collègues soignants est aussi celle attendu auprès des patients afin d'accorder autant d'attention aux différentes prises en charge au sein de l'unité, de permettre l'établissement de la confiance et la possibilité de la rencontre.

Cette étude de la relation du patient alcoolodépendant avec le soignant a été l'occasion de traiter d'un sujet particulier cependant, le cheminement effectué au cours de ce travail peut être transposé à d'autres questions traitant d'exclusion ou de stigmatisation dans le soin (comme le sida ou le transgenre par exemple). La recherche d'une posture soignante ajustée au patient, quel qu'il soit, nous apprend sur nous même, sur nos représentations, nos préjugés, nos valeurs, nos appréhensions et notre besoin de transmission et de compréhension.

La rencontre des soignants avec le patient alcoolodépendant a montré l'oscillation et le difficile équilibre à trouver entre l'attitude professionnelle, en se protégeant derrière la considération du patient corps-objet malade, et l'attention à l'homme au sens d'humain, corps sujet malade, avec ses besoins et ses comportements, engendrant ainsi une sorte de dilemme.

Cela me conduit à mon questionnement de départ qui était le suivant : « Dans quelle mesure le patient alcoolodépendant non sevré convoque-t-il la vulnérabilité du soignant ? »

La déconstruction nécessaire fragilise le soignant dans le sens où le doute survient et l'oblige à remettre en question ce qu'il pensait jusque là. Appréhender la violence, ne pas savoir s'y prendre, ne pas savoir comment faire, prendre le risque de la rencontre (c'est à dire que ça fonctionne ou que ça ne fonctionne pas), être témoin du délabrement physique ou psychologique du patient sont des raisons qui fragilisent d'autant plus le soignant lorsque ses représentations le conduisent à penser qu'il s'agit d'une question de volonté et de faiblesse de tempérament.

La vulnérabilité opère aussi à cet endroit où les représentations du soignant quant à cette pathologie stigmatisée de l'addiction se heurtent à sa perception de prendre soin, à son envie de bien faire, à sa bienveillance à l'égard de l'homme addict accueilli, signe de conflit entre les normes auxquelles se réfère le sujet-soignant et ses valeurs soignantes.

Ne pourrions nous pas dire également que le patient alcoolodépendant nous forme nous aussi soignants à grandir, à murir individuellement, collectivement, professionnellement et nous accompagne vers la reconnaissance de la dimension intersubjective dans le soin et donc de l'autre dans sa singularité, quelle que soit sa pathologie ?

Si la vulnérabilité du soignant se manifeste dans la relation avec le patient alcoolodépendant elle ne doit pas pour autant être considérée comme négative, comme une faiblesse à résorber du soignant car elle manifeste ce qu'il reste d'irréductiblement humain, et donc d'incertain, dans la rencontre.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

DRAPERI, C. Ethique et Santé 2008 5 80-83 Le corps décrit, le corps vécu, le corps transformé : regards sur le corps

DRAPERI, C. Etre, devoir être, pouvoir être : autour des normes. Ethique et santé. 2008 (5), 65-66

HIRSCH, E. Le soin comme engagement éthique. Réflexions. 2011 ; 4 : 7-1

LE BOTERF, G. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? Dossier Les compétences, de l'individuel au collectif. SOINS CADRES n°41

LE BOTERF, G. De la notion de compétence à celle de la validation des acquis. Dossier Les compétences, de l'individuel au collectif. SOINS CADRES n°41, p.22

FRANCES, A.M. « Se former à prendre soin ». Perspective soignante. Septembre 2014 n°50 p.52

SVANDRA, P. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-4-page-6.htm>

MOINS P. « Alcool et nouvelles cliniques ? De l'apsychognosie de Fouquet au binge drinking comme conduite à risque. », La revue lacanienne 2/2010 (n° 7). p. 53-64, www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2010-2-page-53.htm. Consulté le 04/03/16,

Ouvrages

BRUGERE, F. (2014) L'éthique du care. 2ème édition. Presses Universitaires de France

CANTO SPERBER M. (sous la direction de) (1996) « Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale ». 4eme ed. Paris. Presses Universitaires de France

LEVINAS, E. et NEMO, P. (1982) Éthique Et Infini: Dialogues Avec Philippe Nemo. Paris: France culture (Le livre de poche, biblio essais).

MONJAUZE, M. (2011) Comprendre et accompagner le patient alcoolique. Edition IN PRESS. 3ème.

PIERRON, J. P. (2010) Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Presses Universitaires de France.

REY Alain (dir.), Dictionnaire de la langue française T.2. 2^{ème} éd. Paris : Dictionnaires LE ROBERT-SEJER ; 2006. p.1932

SVANDRA, P. « Un regard sur le soin », Recherche en soins infirmiers 4/2008 (N°95)

SVANDRA, P. Penser le soin. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), savoirs et soins infirmiers, 60-154-B-10, 2009

VALLEUR M. et MATYSIAK JC. Les addictions: [dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique] (2002). Armand Colin.

Sites internet

http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_french.pdf?ua=1,

consulté le 06/03/2016

<http://alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool#.Vsx4EMdA-Qs>, consulté

le 10/05/2016,

http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf_p.10, consulté le

11/5/2016

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1573.pdf> consulté le 13/02/2016

<http://sos-addictions.org/les-addictions/>, consulté le 18-02-2015

<http://www.stop-alcool.ch/la-consommation-d-alcool/definitions-diagnostique>, consulté le

06/03/2016

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/professionnalisme/64159>, consulté le 15/06/2016

PAILLE F, REYNAUD M. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidémiol Hebd.2015;(24-25):440-9. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/24-25/2015_24-25_1.htm

ANNEXES

Table des annexes

ANNEXE I Score de Cushman

ANNEXE II Diagnostic et Statistical Manual of mentals disorders DSM-IV-TR (code 303.90)

ANNEXE III Classification internationale des maladies CIM-10 (code F10.2)

ANNEXE IV PRESENTATION DE L'ENTRETIEN

ANNEXE V QUESTIONNAIRE Infirmières et aides soignantes

ANNEXE VI QUESTIONNAIRE Cadre de santé

ANNEXE VII Réponses Question 1

ANNEXE VIII Réponses Question 2

ANNEXE IX Réponses Question 3

ANNEXE X Réponses Question 4

ANNEXE XI Réponses Question 5

ANNEXE XII Réponses Question 6

ANNEXE XIII Réponses Question 7

ANNEXE XIV Réponses Question 8

ANNEXE I Score de Cushman

Score de Cushman

Calcul des points :	0	1	2	3
Fréquence cardiaque	<80	80 à 100	100 à 120	>120
PA systolique (PAS)	-	-	-	-
PAS 18-30 ans	<125	126 à 135	136 à 145	>145
PAS 31-50 ans	<135	136 à 145	146 à 155	>155
PAS >50 ans	<145	146 à 155	156 à 165	>165
Fréquence respiratoire	<16	16 à 25	25 à 35	>35
Tremblements	0	mains en extension	membre supérieur	généralisé
Sueurs	0	paumes	paumes et front	généralisées
Agitation	0	discrète	généralisée mais contrôlable	généralisée non contrôlable
Troubles sensoriels	0	intolérance bruit et lumière	hallucinations critiquées	hallucinations non critiquées

- ▶ Si total des points > 7 => aggravation
- ▶ Si total des points < 8 => amélioration

ANNEXE II Diagnostic et Statistical Manual of mentals disorders DSM-IV-TR (code 303.90)⁶⁰

« Mode d'utilisation inadapté d'une substance (ici l'alcool) conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de 3 (ou +) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois » :

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.

Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

2. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

Syndrome de sevrage caractéristique de la substance (cf critères A et B du Sevrage ci-dessus)

La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter des symptômes de sevrage.

3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (ex : déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets.

6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (ex : poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

⁶⁰ <http://www.stop-alcool.ch/la-consommation-d-alcool/definitions-diagnostiques>

ANNEXE III Classification internationale des maladies CIM-10 (code F10.2)⁶¹

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active.
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive: le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (ex : atteinte hépatique due aux excès alcooliques).

La réduction de la variété des modes de consommation (ex : tendance à consommer toujours la même quantité, tous les jours, quelles que soient les contraintes sociales concernant la norme en matière de boisson) a également été décrite comme étant caractéristique d'un syndrome de dépendance.

On peut utiliser le 5ème caractère du code pour spécifier le tableau clinique :

F10.20 : actuellement abstinent

F10.21 : actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (ex : hôpital, prison, communauté thérapeutique)

F10.22 : suis actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale

F10.23 : actuellement abstinent, mais prend des médicaments aversifs ou bloquants (ex: naltrexone ou disulfirame)

F10.24 : utilise actuellement la substance (dépendance active)

F10.25 : utilisation continue

F10.26 : utilisation épisodique (dipsomanie)

⁶¹ <http://www.stop-alcool.ch/la-consommation-d-alcool/definitions-diagnostiques>

ANNEXE IV PRESENTATION DE L'ENTRETIEN

Je suis cadre de santé d'une unité d'hépatogastroentérologie aux Hospices Civils de Lyon.

Je vous sollicite pour cet entretien qui a lieu dans le cadre du DIU « Réflexion éthique et philosophique pour le soin » que je suis actuellement à Lyon 1.

Le sujet de mon mémoire porte sur la relation du personnel soignant avec le patient alcoolodépendant non sevré.

La durée de l'entretien est d'environ 30 – 45 minutes et sera enregistré.

Je m'engage au respect de votre anonymat.

Les termes de cet entretien resteront confidentiels et me permettront d'élaborer une réflexion à partir de vos propos.

Si vous souhaitez connaître l'analyse de mon étude, je m'engage également à vous faire connaître les résultats.

Je vous remercie d'avance de votre participation à ce travail.

Mariane Bret

ANNEXE V QUESTIONNAIRE Infirmières et aides soignantes

Préalable

- **Question 1 :**

Au cours de votre exercice professionnel, avez-vous à prendre en charge des personnes alcoolo dépendantes non sevrées (c'est à dire qui ne sont pas dans une démarche volontaire de sevrage)? Depuis combien de temps?

Entretien

- **Question 2 :**

Sur le plan relationnel comment se déroule l'hospitalisation des patients alcoolo-dépendants non sevrés ?

A quoi faites-vous attention en premier lieu lorsque vous accueillez le patient ?

Comment établissez-vous le lien avec le patient? Abordez-vous ces patients d'une manière particulière et/ou Considérez-vous ces patients différents des autres patients accueillis dans votre unité ? Pourquoi?

- **Question 3 :**

Vous êtes vous déjà senti en difficulté? Pourquoi? Pourriez-vous me donner un exemple?

Quelle est votre réaction si vous apprenez qu'un patient que vous connaissez exprime une dépendance à l'alcool?

- **Question 4 :**

Comment comprenez-vous ce phénomène d'addiction à l'alcool?

- **Question 5 :**

Pourriez-vous donner une définition de l'addiction?

- **Question 6 :**

Comment concevez-vous votre rôle de soignant au cours de cette prise en charge?

Que signifie pour vous le terme de « prendre soin »?

- **Question 7 :**

Cette prise en charge occasionne t'elle des réactions au sein de l'équipe soignante?

- **Question 8 :**

Dans votre groupement, existe-t-il une formation portant sur l'addiction à l'alcool?

✓ si oui, l'avez vous suivi? Pourquoi?

✓ si non, souhaiteriez vous qu'il en existe une? Pensez vous qu'elle soit nécessaire ?

ANNEXE VI QUESTIONNAIRE Cadre de santé

Préalable

- **Question 1 :**

Au cours de votre exercice professionnel, avez-vous à prendre en charge des personnes alcoolodépendantes non sevrées (c'est à dire qui ne sont pas dans une démarche volontaire de sevrage) ? Depuis combien de temps ?

Entretien

- **Question 2 :**

Sur le plan relationnel comment se déroule l'hospitalisation des patients alcoolodépendants non sevrés ?

A quoi faites-vous attention en premier lieu lorsque vous accueillez le patient ?

Comment établissez-vous le lien avec le patient? Abordez-vous ces patients d'une manière particulière et/ou considérez-vous ces patients différents des autres patients accueillis dans votre unité ? Pourquoi ?

- **Question 3 :**

Vous êtes vous déjà senti en difficulté? Pourquoi ? Pourriez-vous me donner un exemple ?

Quelle est votre réaction lorsque vous découvrez qu'un patient que vous connaissez depuis un certain temps est alcoolodépendant ?

- **Question 4 :**

Comment comprenez-vous ce phénomène d'addiction à l'alcool ?

- **Question 5 :**

Pourriez-vous donner une définition de l'addiction ou de la dépendance à l'alcool?

En tant que cadre :

- **Question 6 :**

Comment concevez-vous votre rôle de cadre soignant au cours de cette prise en charge ?
Que signifie pour vous le terme « prendre soin » ?

- **Question 7 :**

Cette prise en charge occasionne t'elle des réactions au sein de l'équipe soignante ?

Avez-vous déjà été confronté à un soignant qui tient des propos dévalorisants à propos d'un patient ou inversement c'est à dire un soignant qui aurait une attitude « protectrice » ? Si oui, quelle a été votre réaction ? Qu'avez vous mis en place pour remédier à cette situation ?

- **Question 8 :**

Dans votre groupement, existe-t-il une formation portant sur l'addiction à l'alcool ?

- ✓ si oui, l'avez vous suivi et/ou encouragez vous les soignants à la suivre?
Pourquoi ?
- ✓ si non, souhaiteriez vous qu'il en existe une et/ou pensez vous qu'elle soit
nécessaire ?

ANNEXE VII Réponses question 1

Au cours de votre exercice professionnel, avez-vous à prendre en charge des personnes alcoolo dépendantes non sevrées (c'est à dire qui ne sont pas dans une démarche volontaire de sevrage)? Depuis combien de temps?

ASD 1

Oui, oui, ça arrive quotidiennement.
Présence depuis 2 ans

ASD 2

Ca fait deux ans que je travaille ici et ailleurs

IDE 1

Oui, oui. Depuis 3 ans et demi, c'est mon premier poste.

IDE 2

Oui, oui, ça nous arrive de temps en temps
8 mois (sortie de DE en juillet)

CDS 1

Oui alors dans le service on prend en charge ces patients qui viennent bien souvent dans le cadre d'une prise en charge médicale en urgence vitale de prise en charge de bilans hépatiques perturbés, avec des cirrhose diagnostiquées en amont ou au cours du séjour entre autre. Donc ça nous arrive d'avoir soit des patients non sevrés qui refusent le sevrage, soit d'autres patients qui acceptent au cours du séjour.

Souvent le diagnostic est identifié à l'entrée. C'est le diagnostic de cirrhose ou de cancer qui va vraiment être diagnostiqué, mais pas forcément le diagnostic d'alcool. C'est identifié par l'interrogatoire à l'arrivée du patient, médical et paramédical où le patient va soit se confier de lui même, sur le ton de la plaisanterie parfois en disant qu'il boit quelques verres soit ne pas le dire mais (c'est repéré) avec l'identification médicale ou paramédicale qu'il y a un risque de pré DT (Delirium tremens) ou d'un DT avéré.

Auparavant j'ai travaillé en neurologie donc j'ai probablement eu oui mais dans mes souvenirs ? ...J'ai eu une expérience en pédiatrie entre temps, mais oui, j'ai eu des patients qui ont fait des DT ou des pré DT dans le service.

CDS 2

Dans le service ici oui, ça fera 1 an depuis le 1^{er} juillet... et j'ai travaillé en hépatogastroentérologie. J'ai commencé à l'Hôtel Dieu de 1990 à 1997 entre l'hospitalisation conventionnelle et la consultation.

ANNEXE VIII Réponses question 2

Sur le plan relationnel comment se déroule l'hospitalisation des patients alcoolo-dépendants non sevrés ?

A quoi faites-vous attention en premier lieu lorsque vous accueillez le patient ? Comment établissez-vous le lien avec le patient? Abordez-vous ces patients d'une manière particulière et/ou Considérez-vous ces patients différents des autres patients accueillis dans votre unité ? Pourquoi?

ASD 1

Qu'il soit bien... comment dire... qu'il ne soit pas en crise par manque c'est à dire pas de tremblement, tout ce qui se réfère au score de Cushman en fait. Les tremblements, la sueur enfin pour ma part, je fais gaffe à ça en premier, qu'il n'ait pas d'hallucination... on se réfère au score de Cushman, inconsciemment on le fait

Voilà j'évalue à peu près à quel stade il est et s'il a rien avec lui en terme de boisson.

C'est une relation complètement différente avec ces personnes là. On peut pas les prendre de la même manière, ça peut faire peur au premier abord mais après on s'habitue assez facilement, on va dire qu'on est bien encadré déjà par l'ancienne équipe donc il n'y a pas de souci, on peut parler de notre ressenti, nos peurs, nos craintes, à la cadre du service qui est quand même bien disponible, aussi bien l'ancienne que la nouvelle, après on s'y fait

Ben déjà je pense qu'il faut lui parler comme à une personne normale. Après faut pas mal le prendre quand il y a des choses qui sont dites de travers mais après c'est quand même une population qui est quand même assez mal vue déjà dans la société et même entre nous. On se dit un peu « c'est malheureux » on a quand même l'esprit critique malgré notre métier on se dit que c'est un peu de leur faute quoi, voilà... qu'il soit dans cet état.

Après voilà, on ne connaît pas le vécu, on dit, on ne sait pas pourquoi ils en sont arrivés là, qu'est ce qui a fait que...? Ca peut arriver à tout le monde, il faut être un peu ouvert d'esprit mais c'est vrai que pour ma part j'ai eu le jugement facile quand j'étais face à ces patients parce que je ne comprenais pas.

Oui depuis je me dis que je suis pas là pour les juger, je suis là pour les soigner avant tout et que de toute façon je ne connais pas leur vécu, que cela peut arriver à n'importe qui, je ne sais ce qui s'est passé dans leur vie pour qu'ils en soient là, donc voilà... Non mon regard il était plutôt au début enfin c'était plutôt de la crainte je pense, plus de la crainte et d'incompréhension et puis après comme je vous dit en apprenant à parler avec les gens, on connaît un peu leur histoire et tout, on est moins dans le jugement.

ASD 2

Comment il est, si il est fatigué, s'il veut s'asseoir, je ne sais pas. Son état général, comment il est, s'il n'est pas bien (...)

Enfin on a eu un patient difficile, il fallait prendre un peu « des pincettes », ne pas trop le contrarier et tout mais ça allait en fait, mais non, j'ai pas eu d'autre problème

Je ne sais pas tellement si je sais m'y prendre mais enfin bon (...)

Il s'est excusé le lendemain, il était là « je m'excuse... » Parce qu'il voyait des choses, enfin... Il était très attachant après il m'avait expliqué son vécu, qu'il n'avait jamais cessé de boire et qu'il

était content de ne pas avoir eu d'enfant et tout.

Il était pas violent en fait, il voyait des choses, ça faisait plus de la peine en fait, il fallait le rassurer parce que on voyait rien mais il arrêtait pas de nous dire qu'il voyait des choses et nous on expliquait... oui il faisait de la peine en fait, on s'est beaucoup attaché à lui.

Ce n'est pas évident, je n'ai pas une grande expérience non plus.

IDE 1

Le visage avec le regard, si déjà il a un regard attentif, un regard dans le vide, si il est speed un peu comme ça. Oui, dans le visage on voit déjà beaucoup et puis après voilà, on voit l'habit, l'habillement. Quelqu'un qui n'a pas envie d'être là aussi, qui est agacé, ça se voit assez vite !

Mais déjà dans le visage on déjà tout de suite si c'est quelqu'un qui est à l'écoute. L'appréhension, niveau stress, s'il est énervé, bon enfin voilà, l'aspect plus psychologique pour repérer les signes soit de risque de DT, et puis voir s'il a besoin de calmant, si l'absence d'alcool lui pèse quoi.

C'est vrai qu'on aime bien savoir comment il en est arrivé là, pourquoi, pour savoir un peu son passé pour savoir si c'était vraiment une... une fracture psychologique et qu'il ait eu quelque chose qui l'ait poussé à être comme ça ou si c'est une installation petit à petit d'un rythme de vie. Voilà, ça déjà pour voir si il a vraiment ... pas choisi mais ... Voilà comment est intervenu l'alcool dans sa vie.(...)

Il y en a si, on arrive, après ça ne se fait pas le premier jour en arrivant. Après on arrive à communiquer mais il y en a qui restent assez fermés et puis d'autres qui arrivent à se livrer, justement ça leur fait du bien aussi, ils ont besoin.

On a l'addicto, on les appelle justement si on se questionne, si on voit qu'ils ont la volonté d'arrêter, on contacte l'ELSA. Après du coup on les met en contact, c'est pas nous qui prenons la suite mais ils sont mis en relation et si la personne accepte

Nous on aborde un peu les premières et le médecin vient et on lui dit qu'il serait peut être intéressant de lui proposer l'ELSA.

Non, on essaie de comprendre ce qui les amène là. On essaie de s'adapter, chaque patient est différent. Oui, dans la population normale oui, je pense que c'est... les jeunes qui boivent tous les WE, et après, oui enfin... Pour eux c'est pas grave, alors que des fois, autant que la drogue on leur dirait que ... mais l'alcool... ils imaginent pas les dégâts que ça pourrait faire, même sur le cerveau tout ça.

Les abordez vous de manière différente ?

Peut être oui, à la façon de parler plus ou moins, de ne pas trop les brusquer,

IDE 2

Alors de façon générale, on les accueille normalement comme tous les patients. On prend en charge la pathologie, les traitements, ce qu'il y a à mettre en place au niveau médical. Après c'est vrai qu'on a une surveillance plus poussée, on regarde quand même... bon on a le score de Cushman à faire mais après on voit tout de suite si ils sont en manque.

(...) Des fois en leur laissant un peu de souplesse, ils sont contents, toujours bien en le signalant aux médecins, cadre, tout ça mais.. des fois je trouve que d'être trop net, trop dur, trop rigide... il faut faire des compromis. Généralement ils apprécient bien et puis après ils respectent mieux quand on leur dit.

A trouver le juste milieu ? Oui, ça va. Après c'est vrai qu'il faut arriver à cerner les personnes. Un patient qui était d'ailleurs alcoolique ...mais ça n'a rien à voir ...il était vraiment dur, à dire « vos études d'IDE de merde... » et en fait c'était un humour noir, enfin pas noir mais c'était un humour. Et une fois qu'on a compris ça, quand on rentrait dans son jeu en disant « ben oui, c'est vrai, je suis une IDE nulle,... enfin voilà » du coup lui après il disait « mais non... » Et du coup, moi avec ce patient là, j'avais eu de bons rapports au final, même si au début ça a été dur mais au final on a eu de bons rapports, qu'avec d'autres personnes c'était pas passé parce qu'elles avaient tout pris sur elles.

On se présente, tout ça (...) on voit tout de suite si ils sont là dans le soin... c'est vrai que ça se voit tout de suite si le patient va être dans le soin, il y en a beaucoup qui sont stressés par l'hospitalisation, après il y a l'agitation chez les patients alcooliques.

Essayer de chercher, de comprendre. Après voilà, oui, on a jamais de souci, ça se passe bien mais après déceler si ils sont un peu stressés ou si ils vont être un peu agressifs sur le moment, forcément c'est pas agréable d'être hospitalisé. Quand ils sont un peu agressifs, j'essaye de comprendre pourquoi mais sans leur dire « pourquoi vous êtes agressif ? », j'essaye de leur poser... de comprendre, de trouver moi même l'origine. Après il y en a... il y a des gens, ils sont agressifs, ils sont agressifs hein voilà ! Mais essayer de trouver si l'origine est l'hospitalisation, ou des fois ça n'a rien à voir, c'est la famille.

Ca permet de faire la part des choses, en fait essayer de comprendre pour instaurer une communication, un lien parce que on va s'occuper de cette personne un petit moment, des fois pas longtemps, des fois très longtemps.

Essayer d'être conciliante.

S'il me demande un verre de vodka, je ne vais pas lui en apporter ! mais je vais faire des petites blagues genre « c'est pas encore le nouvel an, on va attendre un petit peu ! » ou voilà, de ne pas être... je pense déjà de ne pas juger, de ne pas être trop dure, de plaisanter... voilà, si on prend à la plaisanterie, ça passe alors que de dire « oh mais qu'est ce que vous me dites oh mais ça va pas ! déjà que, hein, l'alcool, hein, ça vous a fait des soucis, hein... ! »

Non, je pense que, essayer quand même de comprendre et puis je sais que c'est pas simple, le sevrage, je sais que c'est pas simple... de les accompagner dans le sevrage, d'essayer de les comprendre, de les rassurer si il y a besoin.

CDS 1

Alors, j'ai envie de dire que l'expérience ou l'expertise des professionnels qui sont là permettent quand même de bien repérer ce profil patient si je puis dire et du coup, on prend vite en charge, l'information est vite transmise au niveau médical, donc les choses sont dites au patient. Alors le patient peut être dans le déni mais du coup au niveau de l'équipe médicale et paramédicale, les choses sont bien dites, verbalisées auprès du patient et une proposition de prise en charge est finalement rapidement proposée et donc on a un lien avec l'équipe d'addictologie, qui est ELSA, donc qui est sur place avec qui on va travailler en collaboration, où on va les contacter pour qu'ils puissent eux prendre le relai et qu'ils fassent des entretiens infirmiers mais aussi médicaux et psychiatriques puisque le médecin a double casquette et de ce fait, soit il y a une acceptation du patient, soit il y a un refus et auquel cas on va travailler en équipe pluridisciplinaire, y compris avec l'assistante sociale, pour que, au regard du diagnostic médical, de sa prise en charge médicale globale, prendre en compte également cet élément de prise en charge qu'est le refus et de proposer autant que possible un projet médical et un projet de soins adaptés au patient, surtout les patients qui ne le veulent pas.

On va être aussi, dans la prise en charge, vigilants aussi à la discrétion et au secret professionnel par rapport à l'entourage. Par rapport à ce problème là, c'est vraiment quelque chose qu'on va travailler avec le patient (...) enfin pas prendre parti et vraiment qu'on conserve bien le secret professionnel et le souhait aussi du patient.

Alors, on va dire, à la phase aigüe d'accueil d'un patient, on travaille beaucoup sur le fait que tout le monde est pris en charge de la même manière et je pense qu'elles ne font pas de distinction, il n'y a pas de discours, d'a priori ou de préjugé négatifs par rapport à l'alcool. Ça va être dit, alors quelque part pas banalisé parce que je n'aime pas ce terme ça veut dire que limite on n'y fait plus attention. C'est parlé, comment dire, de manière assez claire et assez authentique, sans a priori et sans préjugé au moment des relèves, etc. par les soignants.

CDS 2

Moi ce que je regarde surtout c'est le faciès, c'est le visage, et puis si la personne est debout, la morphologie, notamment, ce que je trouve... chez les femmes parfois une morphologie un peu particulière, notamment si cet alcoolisme est avancé et en fait on voit des gens qui peuvent arriver avec de l'ascite, et puis qui finalement, avec un visage un peu particulier, cet ascite et puis le reste du corps, souvent ils sont dénutris, donc une perte musculaire importante, on a l'impression qu'ils sont un peu difformes !

Quand je les rencontre pour la première fois je me présente de la même façon. Je les aborde de la même manière qu'un autre patient, sans a priori.

Alors je ne les aborde pas de façon différente mais je fais attention aux réponses qu'ils me donnent au ton auquel ils me répondent, s'ils montrent de la fébrilité pour ne pas... m'engager disons dans un bras de fer et dans une discussion qui pourrait les énerver. En fait pour éviter qu'il y ait de la tension qui se mette en place et qu'ensuite on soit dans la difficulté pour le suivi de la prise en charge.

Oui parce que c'est un patient comme les autres qui vient se faire soigner. Donc même si des fois on ne peut pas éviter de penser que, voilà, « si tu avais pas bu comme tu as bu... »

Ce n'est pas des choses que je dis ouvertement, de me dire « si tu avais arrêté de boire avant tu serais peut être pas dans cet état là ».

C'est le genre de choses qu'on peut pas dire au patient, et puis on est là, c'est un service public, on est là pour prendre en charge les patients quel qu'ils soient, quelque soit leur nationalité et quelques soient les pathologies pour lesquelles ils sont hospitalisés. Autant j'ai pu avoir des a priori pour la prise en charge de patients toxicomanes, plus craindre et plus avoir de difficultés pour entrer en contact avec eux, que ce genre de patients qui ont une addiction à l'alcool et qui ne sont pas sevrés (avec qui) j'ai moins de difficulté.

ANNEXE IX Réponses question 3

Vous êtes vous déjà senti en difficulté? Pourquoi? Pourriez-vous me donner un exemple?

ASD 1

Ben quand les personnes sont en crise on va dire, elles sont complètement perturbées, elles ont des hallucinations, elles peuvent être violentes. On a déjà assisté à des crises de violence, heureusement sans conséquence pour ma part déjà, mais au bout ça c'est toujours bien fini on va dire.

Ça a été difficile au début oui mais comme je vous disais j'avais cette appréhension, j'avais peur de violence, c'était surtout par rapport à ça (...) l'idée que j'en avais et puis en fait en 2 ans avec toutes les personnes de ce type là que j'ai pu croiser, je n'ai jamais eu de problème.

Ben des insultes ça m'est déjà arrivé, des gestes un peu brusques. J'ai failli me faire taper plusieurs fois mais je veux dire... c'est jamais arrivé loin quoi.

On se rend compte qu'on fait un peu plus attention ; On ne se présente pas comme à nos débuts face à ce type de personnes là, on prend plus de distance on va dire.

On prend pas la personne de la même manière je pense.

Mais en fait l'évaluation elle est faite dès le premier jour où la personne arrive selon ce qu'on a eu comme relève sur cette personne et puis après on se fait quand même notre propre idée en voyant la personne.

EXEMPLE :

C'est déjà arrivé d'avoir des craintes à soigner une certaine personne.

Là j'ai en tête une dame qui était pareille, éthylique non sevrée, et du coup, là, il y avait certaines personnes qui avaient du mal à aller dans sa chambre parce que cette dame, elle était... en fait y a certaines qui se disaient... qui comprenaient pas parce qu'elle se faisait un peu assister entre guillemets.

Moi je faisais partie de ces personnes au début et du coup, elle sonnait constamment pour la chaise pot, pour le bassin...mais en fait elle pouvait marcher cette dame, elle pouvait se déplacer mais c'était plus de l'assurance dont elle avait besoin et ça je l'ai compris après, je l'ai pas compris tout de suite.

Et vous l'avez compris comment ?

Ben je l'ai compris... déjà j'avais passé plus de temps avec elle, j'ai parlé, j'ai connu un peu son passé. C'est une dame qui avait des soucis personnels, son mari l'avait laissée...

ASD 2

On a eu un patient difficile, il fallait prendre un peu « des pincettes », ne pas trop le contrarier et tout mais ça allait en fait, mais non, j'ai pas eu d'autre problème.

Ils arrivent violents. L'autre fois il a fallu se mettre à plusieurs, on a eu un patient difficile, il fallait prendre un peu « des pincettes », ne pas trop le contrarier, il venait de N. Il était très violent, il était en manque, mais une fois qu'il a commencé le sevrage, ça a été beaucoup mieux, il a été tranquille, on n'a pas eu de souci. Mais c'est vrai qu'au début, il était attaché.

Après je me dis que je ne sais pas toujours... Je me dis « est ce que j'ai dit les bonnes choses voyez ? »

EXEMPLE :

On l'avait mis dans le coma artificiel, ça allait mais quand il s'est réveillé, il était très très mal, il était très violent.

C'est quelque chose qui vous a fait peur ?

Ben un peu oui, j'étais toute seule dans la chambre, je reconnais que ...

Ça a été si brusque que ça ?

Oui, après il s'est excusé, il a été sevré mais au début oui, ça a été très dur.

Vous avez pu en parler de cette situation ?

Pas plus que ça en fait. Bon j'ai appelé des IDE parce qu'on avait des garçons donc ils sont venus, on l'a attaché et tout et puis après je vous dis, il s'est excusé pour son comportement mais voilà, c'est pas...

IDE 1

Si on prend pas de recul, on peut surréagir et puis prendre trop à cœur ce que fait le patient parce que s'il s'énerve, c'est soit un manque d'alcool, c'est pas voulu de sa part, c'est qu'il ne se maîtrise pas.

Quand ils sont en syndrome de manque, après c'est vrai que c'est difficile de savoir, d'évaluer... ça dépend des situations.

EXEMPLE

Il y a eu des situations, comme on leur donne du Duphalac, ils faisaient des selles, ils allaient dans le couloir ils faisaient des selles de partout, voilà, bon après ils nous insultent, on prend du recul, on se dit que c'est leur situation, que c'est comme ça...

IDE 2

Il y a toujours des patients où on a plus ou moins du mal, ça ne passe pas toujours avec certaines personnes mais moi, généralement ça passe. Après ils sont là pour être hospitalisé pour leurs soucis mais on peut pas aller à l'encontre, s'il refuse, voilà, il y a le refus de soin.

On leur explique bien les inconvénients, Oui voilà, on a eu des patients alcooliques qui ont fini en se laissant aller mais en fait c'est vrai qu'on met pas vraiment le terme alcool sur les problèmes en fait.

Je ne sais pas si c'est le corps qui fait que comme ça va mal de partout, il n'y a peut être plus ce ressenti là ou est ce qu'ils n'y pensent plus et que comme on leur dit que ... ils vont être en fin de vie et qu'ils vont passer à autre chose

EXEMPLE

On a eu un patient comme ça, 2-3 fois il était reparti vite et du coup après ça n'allait plus, il a été rehospitalisé et après il était vraiment dans un mauvais état...

Mais c'est ça après quand les patients ils ne peuvent plus, quand ils sont vraiment dans un mauvais état de santé, que c'est la fin, l'alcool n'intervient plus du tout.

CDS 1

Je dirais globalement sur l'année non parce que justement comme c'est identifié en amont tout de suite en arrivant et qu'il y a la possibilité de relève avec l'équipe d'ELSA avec qui on travaille et qui essaie aussi de développer au maximum leur rôle.

Moi je suis là aussi dans l'idée de coordonner le travail des uns et des autres. Et ça se fait de manière assez simple j'ai envie de dire, du coup on arrive à anticiper, à prévenir ces difficultés là. Donc je dirai non, on n'a pas de difficulté majeure pour un patient qui ne serait pas sevré.

La difficulté, elle se jouera vraiment en terme de projet de soin, puisque justement le placement est compliqué (...).

Donc là mon rôle c'est vraiment d'anticiper les besoins pour ce patient et de coordonner. On sait qu'il refuse le sevrage, on sait qu'il refuse la cure à St Galmier par exemple, donc moi je me questionne, qu'est ce qu'on va proposer à ce patient quand il aura des chimiothérapies, de la radiothérapie, avec une épouse qui ne sera pas en lien on va dire avec l'équipe médicale, qui ne sera pas dans l'aide, pour des raisons personnelles qu'elle a mais ...je dois aussi le prendre en compte et je suis donc plus là dans l'idée d'anticiper et de demander régulièrement au médecin comment on va envisager la sortie, comment ça va se passer. Et du coup il y a une trajectoire qui va être enclenchée pour une demande de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation).

CDS 2

Il faut s'adapter à tous les patients et en fait c'est ce qu'on fait avec tous les patients qu'on accueille. Ils n'ont pas tous la même psychologie. A même pathologie, on va avoir des patients très agressifs, d'autres qui sont agréables comme tout. On va avoir des familles qui sont très aidantes, d'autres qui vont nous mettre des bâtons dans les roues. C'est ce qui fait la richesse de notre métier quelque part ! c'est la société qui se donne RDV à l'hôpital !

Des fois oui, on a l'impression quelque part de se sentir démunie, impuissant et puis se dire « est ce que nous on peut réellement quelque chose pour les aider ? » Est ce que j'ai fait tout ce qui était en mon pouvoir pour les aider et leur donner les armes nécessaires pour que eux, de leur côté, réfléchissent et prennent la décision de rentrer dans un processus d'arrêt de l'alcool.

C'est vrai que parfois on a l'impression que c'est un échec et puis de se dire à la fin, au bout de plusieurs fois « et ben, mon coco, si tu veux pas... si tu veux pas toi... » Voilà il y a un moment, on a beau essayé...

Est ce qu'il y a réellement une part de volonté de la part de la personne à vouloir arrêter, est ce qu'ils sont toujours aptes, est ce que certains sont capables d'entendre, de comprendre ce qui va leur arriver ? et puis est ce qu'à l'extérieur, ils ont les soutiens nécessaires pour les aider ?

Parce que nous on peut les aider au sein du service, les mettre en lien avec des professionnels à l'extérieur qui peuvent les accompagner mais il y a un moment aussi où, notre travail, on ne peut pas bien aller plus loin non plus.

ANNEXE X Réponses question 4

Comment comprenez-vous ce phénomène d'addiction à l'alcool?

ASD 1

C'est quand les gens sont désespérés, qu'ils n'ont plus de solution, ils n'ont plus vers qui se tourner en général donc c'est leur réconfort en fait.

Là on a une dame dans le service, ça fait 3 mois qu'elle est chez nous, elle est sevrée maintenant hein, elle m'a dit, une fois sortie, dans un foyer ou autre « Je replongerai, je le sais, je suis toute seule »

Elle a ses frères et sœurs mais ils font leurs vies comme elle dit.

Ils lui ramènent des vêtements de temps en temps mais en fait c'est la solitude qui pèse et puis c'est un peu la solution facile. Parce que aussi, souvent dans les entretiens d'entrée des patients, on leur demande quelle est leur consommation : occasionnelle, quotidienne... Souvent on me dit « occasionnelle ». Souvent je dis « vous buvez combien de verre par jour, à quelle fréquence ? » « Ah ben c'est à chaque repas, tous les jours » ...je réponds que ce n'est plus occasionnel mais quotidien là et je pense que ce n'est pas rentré encore dans les mœurs ça.

Ils se voilent la face. On leur dit, moi je passe un peu pour une abrutie quand je leur dis que c'est plus occasionnel quand ça devient quotidien en sous entendant bien sur sans jugement que c'est une consommation quotidienne, que ça expliquerait peut être leur état quoi. Et même la famille ils sont dans le déni, ils ne réalisent pas, pour eux c'est rien en fait, ça a toujours été le cas, 1 verre de vin par repas, bof ce n'est pas grave.

ASD 2

Des fois ils sont pas bien dans leur vie, ils savent pas bien à quoi se raccrocher et du coup, ils boivent un verre et... je sais pas, c'est ce que disent les gens alcoolisés, ça commence comme ça et puis après, ça devient... Oui, ça peut être vite une descente.

Je me demande juste, est ce qu'il y a beaucoup de gens qui s'en sortent de l'alcoolisme ?

Après ça se voit pas toujours, il y a des gens on penserait pas, j'en connais, on le penserait pas...

Ben ça fait quand même bizarre quand c'est quelqu'un que vous connaissez, c'était des proches, des amis de mes parents on va dire. Ça fait quand même bizarre, surtout qu'on ne le voit pas du tout. Il avait pas le comportement de quelqu'un d'alcoolique voyez.

Il n'a jamais été violent, enfin pas avec nous voyez... enfin ça fait quand même bizarre.

Oui, disons que quand c'est quelqu'un de proche, ça fait plus de la peine qu'autre chose, parce que là, la personne que je vous dis, elle reboit quand même. Elle dit qu'elle n'est pas alcoolique, mais comme je dis à mes parents, c'est pas possible, il ne devrait pas boire du tout de l'alcool.

Lui il dit que si, il peut maîtriser mais moi je ne suis pas sûre. Après on peut pas faire... c'est pas moi qui vais... je peux rien faire, en plus ça ne me regarde pas mais en fait, je ne pense pas qu'il puisse boire.

Il y a des gens qui vous disent qu'ils peuvent s'arrêter, qu'ils sont alcooliques mais qu'ils peuvent boire. Moi je pense que non, une fois qu'on a été alcoolique, il faut plus jamais boire.

Eux ils disent qu'ils peuvent boire un peu, qu'ils savent s'arrêter, j'en suis pas très sûre, je ne suis pas docteur non plus. Après ça se voit pas toujours, il y a des gens on penserait pas, j'en connais, on le penserait pas...

IDE 1

Autant il y en a d'autres ils ont bu, ils apprennent un diagnostic, ça les fait réfléchir mais après il y en a d'autres qui reviennent régulièrement, ceux qui sont en décompensation oedémato-ascitique, après ils repartent à la maison, ils replongent dedans. C'est vrai que des fois au bout d'un moment on se dit c'est dommage de gâcher sa vie comme ça, il y a toujours un petit agacement de se dire ça. C'est une maladie, après c'est quelque chose qu'on pense maîtriser, c'est pas comme un cancer quand ça tombe dessus. C'est vrai qu'on a toujours ce point de vue là mais ...

Non, que en gros c'est quelque chose de maîtrisable, enfin, que s'il ne buvait pas il pourrait régler les solutions. Bon mais du côté psychologique on sait que c'est plus fort que lui. Mais au niveau médical des imageries, de la biologie, enfin voilà, on se dit il suffirait qu'il arrête et ça rentrerait dans l'ordre, mais après...

Oui voilà, après des fois c'est plus difficile parce qu'on a du mal à comprendre, mais après...c'est vraiment un parcours de vie qui les amènent jusqu'ici et après petit à petit ça évolue.

Et quand vous avez du mal à comprendre, vous faites comment pour essayer de mieux comprendre alors ?

Justement, on comprend son histoire de vie, essayer de rechercher pourquoi et après, c'est sûr, en apprenant à connaître la personne, la questionner, déjà faire de la prévention, leur rappeler les risques et puis après justement si ils sont volontaires de les pousser à arrêter, à leur dire que voilà ce serait...donc voilà, leur amener les outils pour pouvoir arrêter, puis de les comprendre, de les écouter, de savoir en gros pourquoi, oui, les amener à comprendre pourquoi ils sont arrivés jusque là et essayer de régler ses soucis psychologiques, qu'est ce qui les a amené à devenir alcooliques, pour pouvoir avancer après, pas que ce soit un cercle vicieux, qu'ils arrêtent et qu'après, ils retombent dedans?

Je pense qu'il y en a beaucoup qui pensent que l'alcool, c'est rien... on a beaucoup de prévention au niveau tabac, drogues, mais l'alcool... c'est tellement rentré dans les habitudes que finalement...

Là on ne connaît pas les situations mais on imagine justement. Moi ça m'a fait plus réfléchir sur ces gens... on leur sert à boire, tous les matins... c'est vrai que ça me fait plus réfléchir depuis que je suis dans le service, de se dire pourquoi ils sont là et personne fait rien. On les laisse comme ça quoi, et puis après on ne sait pas quel est leur suivi.

Justement il y a ceux qui sont plus fêtards, plus au PMU, tout ça et puis après, il y a plus ceux qui sont seuls chez, qui boivent tout seuls chez eux, c'est un traitement pour eux... ils sont anxieux...on sent que c'est vraiment un mal être intérieur, donc voilà, je vois à peu près ces deux raisons.

IDE 2

Il y peut y avoir plein de choses. Déjà, je prends plusieurs exemples : des fêtes à répétition et un syndrome de manque, ou d'être dans un état... des personnes qui sont un peu introverties et que l'alcool va leur donner un peu de confiance et du coup, et je bois, et je bois et au final, et voilà... Après des dépressions(...) après je sais pas, je sais qu'une personne alcoolique n'est pas forcément une personne qui va boire 25 verres par jour ou 3 bouteilles... je crois qu'à partir de 2

ou 3 verres on est déjà considéré comme alcoolique, c'est quotidien.

Il y a des patients chroniques. En tous cas il y en a, physiquement ça ne se voit pas. C'est vrai entre nous on se passe le mot.

C'est vrai que quand j'y pense, il y a beaucoup de patients alcooliques qui demandent à sortir plus rapidement que ce qui est prévu, d'autres qui partent contre avis médical et c'est vrai que c'est plutôt les personnes alcooliques qui le demandent.

Après je sais ce que c'est quand on a des problèmes d'alcool, je sais que c'est compliqué et je sais que c'est vraiment rare les gens qui arrivent à être sevrés définitivement, oui surtout quand c'est sur une période qui, enfin quand ça fait pas longtemps.

Je sais qu'il faut quand même un certain temps pour arriver à être sevré.

Non, parce que c'est vrai, je n'ai jamais eu d'a priori sur les personnes et puis comme je l'ai dit avant il y a quand même des causes à ça (...) après à cause d'une dépendance à l'alcool, il y a plein de choses qui en découlent dans la vie sociale, au travail, tout ça...

CDS 1

C'est quand même un facteur de société qui est connu, c'est un problème de santé publique.

C'est des professionnels qui peuvent connaître quelque chose comme ça à l'extérieur (...) puis finalement à côté de ça elles doivent avoir la maturité professionnelle (...)

Donc ne pas être non plus dans « c'est pas bien, faut faire ou pas faire »...

Voilà, c'est à la fois concilier les représentations, le rôle soignant et je suis là parfois en disant « oui mais nous sommes les soignants ». Donc elles peuvent dire en plaisantant des choses mais attention, on ramène au cadre soignant aux obligations professionnelles en disant « on ne peut pas avoir un discours aussi permissif que celui que vous venez de dire là parce que si vous vous le dites », je leur avais dit ça une fois « si vous vous permettez... », il n'y a pas de limites et le patient va être déstabilisé et va s'engouffrer là dedans plutôt que de s'interroger d'une autre manière.

Quand je parle de rapport à l'alcool, ça peut être ... voilà... avec les membres de sa famille où enfin l'alcoolisme peut être aussi dans la famille, dans les amis... il est partout donc c'est quelque chose qui en terme de santé publique peut concerner un grand nombre de personnes (...) d'où la vigilance du cadre à repérer les dires justement aux temps de relève et la manière dont on va s'exprimer par rapport à un sujet comme celui ci.

CDS 2

C'était des personnes que je ne connaissais pas et j'avais plutôt des a priori, tout ce qui était péjoratif à propos de cette catégorie de personne que j'ai appris à connaître au fur et à mesure des années et l'a priori n'a plus du tout été le même dans les années qui ont suivies et avec la compréhension de la pathologie.

Je pense que ce qui fait peur c'est l'inconnu et quand tu connais, quand tu as les bonnes informations données au bon moment et par les bonnes personnes et bien ça permet de te faire évoluer toi et puis de voir les choses de façon différentes et puis d'être au contact quotidiennement de ces patients.

C'est la méconnaissance et puis je crois il y a cette image véhiculée par monsieur tout le monde : L'alcoolique c'est le pochtron, c'est... on a tellement mis de mots péjoratifs sur ces personnes et l'alcoolisme, on voit souvent le clochard au milieu de la rue, qui tend la main pour se payer son litre de rouge et qui se saoule au rouge, que ce genre d'individu fait peur car il est complètement

désocialisé, donc il y a un amalgame qui est fait et comme tu le dis quand on connaît les histoires de vie.

Je pense que c'est des gens qui au départ boivent comme ça puis après, ils se rendent compte qu'à un moment donné de leur vie quand ils ont un problème particulier, ils ont l'impression que l'alcool est une espèce de béquille, les aide, les met dans un état dans lequel ils se trouvent plus ou moins bien et après l'engrenage est pris et c'est difficile d'en sortir.

J'ai eu des patients qu'on a envoyés en cure qui étaient d'accord pour arrêter de boire, qui ont fait des cures et qui revenaient...

On a l'impression quelque part de se sentir démunie, impuissant et puis se dire « Est ce que nous on peut réellement quelque chose pour les aider ? » « Est ce que j'ai fait tout ce qui était en mon pouvoir pour les aider et leur donner les armes nécessaires pour que eux, de leur côté, réfléchissent et prennent la décision de rentrer dans un processus d'arrêt de l'alcool ? »

C'est vrai que parfois on a l'impression que c'est un échec et puis de se dire à la fin, au bout de plusieurs fois « et ben, mon coco, si tu veux pas... si tu veux pas toi... » Voilà il y a un moment, on a beau essayé... est ce qu'il y a réellement une part de volonté de la part de la personne à vouloir arrêter, est ce qu'ils sont toujours aptes, est ce que certains sont capables d'entendre, de comprendre ce qui va leur arriver ? Et puis est ce qu'à l'extérieur, ils ont les soutiens nécessaires pour les aider ?

Parce que nous on peut les aider au sein du service, les mettre en lien avec des professionnels à l'extérieur qui peuvent les accompagner mais il y a un moment aussi où, notre travail, on ne peut pas bien aller plus loin non plus.

A un moment il faut que ce soit eux qui décident et le veulent.

Evidemment il y a cette part de volonté mais est ce que cette volonté elle n'est pas annihilée de par le stade d'addiction où en est le patient ? Est ce que lui est encore capable de se prendre en main ?

Après tu te dis pourquoi certaines personnes qui auront quasi le même parcours vont plonger dans l'alcoolisme et d'autres pas ?

Est ce qu'il n'y a qu'une histoire de volonté ? L'entourage y fait aussi pour beaucoup !

ANNEXE XI Réponses question 5

Pourriez-vous donner une définition de l'addiction?

ASD 1

La dépendance à l'alcool... euh... c'est une faiblesse à un moment donné dans la vie et ces personnes là elles plongent dedans et ça pallie peut être à leur manque et ça devient quotidien, le problème je pense on s'attache vite, ça devient vite une habitude.

ASD 2

Qu'elle (la personne) ne peut pas s'en passer, qu'elle est obligée d'avoir sa dose d'alcool. C'est pas possible de passer une journée sans et en plus ça arrive de plus en plus jeune, ça me fait peur ... un peu.

Pourquoi ça vous fait peur ?

J'ai des enfants en fait et mon fils, il a 11 ans, mais c'est de plus en plus jeune, au collège, en 5^{ème}... J'ai eu un petit peu peur quand même.

Déjà je bois pas d'alcool, enfin je veux dire pas comme les alcooliques ! Je bois peu d'alcool et en fait je n'aime pas ça et depuis que je travaille ici où je vois tout ça, c'est un peu trop en fait ! C'est pas obsessionnel, mais je ne sais pas, quand je vois les gens qui boivent je trouve que c'est trop... je sais pas si c'est mon travail ou quoi mais ça me fait peur et ça me fait peur pour mon fils mais c'est n'importe quoi, je ne peux pas être sur son dos, l'empêcher ou quoi mais ça me fait un peu peur.

J'ai peur qu'il y prenne goût et puis que voilà parce que je vois pas mal de jeunes qui sont pas mal alcoolisés... ça peut commencer comme ça je me dis...

C'est ce que je dis à mon fils, il faut savoir dire non de temps en temps, mais c'est pas évident, ça fait peur un peu... mais je suis un peu stressée aussi !

Mais ça veut pas dire que mon fils il va tomber dans l'alcool. Mais c'est vrai que maintenant, je vois des émissions et tout et ça commence jeune... ça fait peur...

IDE 1

Oui, c'est une envie de boire de l'alcool qui s'est installée petit à petit, au fur et à mesure du temps, et si on arrête on peut pas s'arrêter comme ça et on a besoin d'un traitement médical pour arrêter l'alcool sinon...

IDE 2

C'est un besoin d'avoir les effets de ... c'est comme un manque un peu, c'est vrai c'est comme un gros manque. Je sais que même si il y a des personnes alcooliques qui ne veulent plus l'être c'est... Bon parce que nous, on va boire, on va être pompète et voilà, que d'autres personnes qui sont alcooliques n'aiment pas être dans des états comme ça... oui c'est vraiment un manque d'alcool

C'est comme le tabac avec la nicotine, le tabac, je ne sais pas trop mais au bout d'un moment, ils ressentent le manque et ont besoin de boire.

Après dans la dépendance, il y a la dépendance psychologique et puis après il y aura la dépendance physique, donc à un certain niveau, même si ils ne ressentent peut être pas le manque psychologiquement et bien physiquement, trembler comme ça, être mal, ils boivent pour pallier à ça je pense.

CDS 1

C'est quand même un facteur de société qui est connu, c'est un problème de santé publique.

CDS 2

Je pense que c'est quelqu'un qui ne peut pas se passer du produit avec lequel il est addict... je dirai ça comme ça...il ne peut pas s'en passer. Je pense que si il n'a pas le produit qu'il a l'habitude de prendre, il se considère plus mal qu'avec le produit qu'il prend qui lui fait des dégâts à la longue, ponctuellement ça lui fait du bien. S'il ne le prend pas, il est pas bien mais ça il ne veut pas le vivre. Il préfère être dans l'état où il est quand il a bu et puis du coup après, il est un peu comme le cheval qui a des œillères, il ne voit plus ce qui se passe autour, il ne voit plus que les gens s'éloignent de lui, il ne voit plus qu'il se met dans la solitude, il ne voit plus qu'il se désocialise, parce que certains en arrivent là et ça il ne s'en rend plus compte parce qu'il est bien.

ANNEXE XII Réponses question 6

Comment concevez-vous votre rôle de soignant au cours de cette prise en charge ?

Que signifie pour vous le terme "Prendre soin?"

ASD 1

Je pense qu'on est là pour écouter déjà, essayer de pas juger même si c'est difficile, de mettre de côté un peu toutes nos convictions on va dire mais pas pour autant trop s'attacher c'est pareil, c'est distance professionnel – patient quoi... faut faire attention quand même.

Prendre soin de quelqu'un ? Et ben déjà c'est pas forcément que des soins techniques, en général on a pas trop le temps de parler avec eux, non mais c'est vrai (...) honnêtement... vous connaissez mais moi mon choix, c'est triste il est vite fait : je préfère passer du temps avec quelqu'un qui est en fin de vie ou en soins palliatifs que quelqu'un qui a un problème d'addiction.

Pour moi, c'est pas une priorité, on va dire. Je préfère m'occuper de quelqu'un qui est en train de partir que... lui tenir la main peut être même si c'est un petit peu des fois dire ah oui... ben parce qu'on accompagne les personnes et que je trouve que c'est inadmissible qu'une personne parte toute seule alors que je me dis qu'un patient cirrhotique que ... ben il aura peut être le temps de vivre et que ça dépend encore un peu de lui quoi... alors que l'autre ça dépend pas forcément de lui... voilà.

ASD 2

Etre à l'écoute, oui je pense qu'il faut être à l'écoute, essayer de parler. Ce n'est pas évident, ils sont parfois violents.

Prendre soin

La toilette, bien l'installer pour qu'il mange, pas laisser le plateau, qu'il soit bien installé dans son lit, confortable, faite attention à ce qu'il ait bien tout, la toilette.

Tout dépend comment ils sont aussi (...) on s'adapte.

IDE 1

Justement ce serait bien le mettre à l'aise pour que on puisse bien s'occuper de lui pour que... pour justement qu'il se sente bien, qu'il puisse être à l'écoute...

(...) Qu'il puisse se délivrer, qu'il se sente bien, c'est dur de... selon les personnalités et puis selon le contact avec un soignant : des fois il se livrera plus avec un autre soignant...

Oui, Au début on réfléchit pas plus que ça, on réfléchit pas là dessus vraiment, alors que là, comme on en croise vraiment beaucoup, il y a vraiment des situations différentes.

L'écoute et puis la patience parce que justement ils peuvent être assez ... donc si on se « surénerve » ça peut être amplifié...

IDE 2

J'essaye tout au long de leur hospitalisation d'être présente, voilà, de les accompagner pendant ces périodes là, de faire le maximum à mon niveau pour qu'il ait une prise en charge ou qu'il n'ait pas de problème, pas de souci.

Après il y a des jours on a plus le temps que d'autres, heureusement le service est pas tout le

temps trop... il y a des jours où c'est plus calme, donc on peut prendre plus le temps mais « de prendre le temps » c'est sur que ça prend plus le temps que de passer vite, de ne pas faire attention et de passer vite... mais bon... on est là aussi pour ça.

« Prendre soin »

Alors pour moi ç'est prendre dans la globalité, c'est à dire faut que ce soit au niveau médical, voilà, prendre tout ce dont il y a besoin pour leur pathologie pour arriver au final à les guérir ou qu'ils aillent mieux ou alors réduire, voilà pour ce qu'il y a besoin au niveau médical. Puis surtout au niveau relationnel, parce que les soins tout ça, ça prend 2 secondes, après la technique on s'en fout mais c'est vrai que le relationnel c'est le plus important et c'est prendre soin ! L'attention, essayer de faire au mieux, ce qu'ils veulent, faire au mieux pour que leur passage à l'hôpital soit bien.

C'est presque ce qui ne se voit pas !

Oui c'est ce qui fait beaucoup de choses parce qu'au final quand les patients me disent merci ou tout ça, c'est pas pour les soins techniques qu'on leur a fait... c'est des petites choses.

CDS 1

Le prendre soin c'est pluriel, c'est pas forcément un soin technique, c'est vraiment le soin relationnel, mais surtout le soin qui va partir de la personne, le soin personnalisé, on va prendre soin de la personne quand on la connaît, quand on a su évaluer et identifier ses besoins et qu'on va adapter, qu'on va s'adapter et adapter nos compétences, nos objectifs avec la personne pour optimiser au mieux le projet de soins.

Elles ne vont pas se dédouaner mais à un moment donné elles ont compris la limite. Elles soignent régulièrement ces patients et du coup pour elles ça fait partie aussi des limites du soignant que de se dire que l'adhésion elle se fait à plusieurs et y compris en premier lieu par le patient. Donc nous on propose, on fait on agit, bon et à un moment donné comme je disais ça peut être démotivant, déstabilisant pour certains soignants mais c'est aussi accepter qu'on ne peut pas aller au delà, sur ce temps là, avec cette personne avec tous les moyens qu'on a mis en place. L'essentiel c'est quand même qu'on développe le maximum de possibilités pour l'aider mais si c'est encore trop tôt par rapport à l'adhésion.

ANNEXE XIII Réponses question 7

Cette prise en charge occasionne t'elle des réactions au sein de l'équipe soignante ?

Avez-vous déjà été confronté à un soignant qui tient des propos dévalorisants à propos d'un patient ou inversement c'est à dire un soignant qui aurait une attitude « protectrice » ? Si oui, quelle a été votre réaction ? Qu'avez vous mis en place pour remédier à cette situation ?

ASD 1

C'est subjectif parce que moi je ne vais pas ressentir la même chose que ma collègue IDE ou que la stagiaire de 2ème année.

On est quand même une équipe soudée malgré les difficultés et les diverses pathologies, du coup on essaye bien de parler et comme on a pas de psychologue attribué au service pour le personnel et pour les patients, on se fait un peu notre propre thérapie dans le service, c'est déjà bien.

Donc on pense tous la même chose au fond. Peut-être moins parce qu'on essaie de comprendre la vie des gens mais quand on passe au-delà, on les voit tous un peu du même œil, c'est à dire du mauvais œil quoi...

Avec un jugement quand même. Honnêtement je vous dis en tant que soignante. Mais c'est pareil, même pour le professeur du service pour lui c'est moins intéressant, un patient qui est éthylique non sevré qu'un patient qui a la maladie de Crohn par exemple.

Ils sont un peu mis de côté ces gens-là parce que oui... c'est pareil ils sont montrés du doigt, c'est pas intéressant au niveau médical, c'est un peu eux qui l'ont cherché quand on est cirrhotique.

D'ailleurs il y a des patients qui ont des cirrhoses qui sont pas forcément liées à l'alcool et ils disent de bien préciser que c'est pas lié à l'alcool parce que du coup, ils ont peur du jugement aussi. Il y a des cirrhoses métaboliques je ne vous apprend rien... et du coup ils se sentent obligés de le préciser parce que sinon, ils se sentent catalogués.

ASD 2

C'est vrai que quelque fois ça ne se passe pas bien du tout avec certaines... la façon de parler... enfin je ne dis pas que je suis parfaite, mais des fois ça passe plus ou moins avec des gens.

On est assez soudées on va dire, on est pas d'accord sur tout, mais ça se passe relativement bien.

Oui, après il y en a toujours avec qui on a plus d'affinités, avec qui on est un peu sur la même longueur d'onde.

IDE 1

Si on arrive à discuter entre nous (...) certains patients sont plus ou moins difficiles. On en parle entre nous, après on relativise, on le voit d'un autre côté parce qu'on a pas le même aperçu, ça permet de tempérer aussi, de prendre du recul dessus, sur la situation.

(...) C'est bien quand on sature un petit peu d'un patient de pouvoir prendre le relai, de pouvoir en discuter ensemble et puis même avec les médecins de comprendre tous les signes, les symptômes, de voir avec eux. On a des visions différentes...

Il y en a qui ont du mal avec les alcooliques, parce que enfin, c'est pareil, c'est difficile à comprendre, c'est une maladie psychologique plutôt, donc il y en a qui ont vraiment du mal... donc comme toutes les pathologies, ceux qui ont du mal avec les cancers, donc voilà il y en a qui arrive bien, qui sont plus du côté de la technique, d'autres psychologie, d'autres les deux, enfin... c'est d'être plus à l'aise avec un soin plus qu'un autre. Après avec la maturité professionnelle on arrive à avoir d'autres points de vue, d'évoluer aussi sinon ce serait dommage ! Chacun voit un peu comment ça se passe et comment il fait lui même face au patient. On en parle dans l'équipe mais quand il y a quelqu'un de nouveau on en parle pas forcément.

IDE 2

On peut débattre entre nous, on peut faire appel à la psy, on peut en parler à la cadre, même si vraiment dans l'extrême, on arrive plus avec un patient, on peut demander avec un collègue.

CDS 1

Alors oui, on en a discuté avec les IDE pour certaines qui n'avaient pas du tout de problème et pour d'autres c'était plus compliqué. Il y avait deux profils :

Le profil de l'IDE qui va laisser plus de souplesse à propos du cadre en disant « bon oui OK si vous avez besoin de dormir, je vous laisse dormir un petit peu plus longtemps », ou qui le comprenait, avec de l'empathie, du fait de la maladie.

Et puis d'autres personnes alors on va dire qui laissent moins le champ à l'adaptation du traitement, de l'heure, du timing mais pas par souhait pas par choix mais plutôt par obligation avec le temps qui est serré et avec la charge de travail. Et puis aussi le fait qu'il y ait l'appréhension de ce patient parce qu'on savait qu'il avait des exigences et du coup certaines partaient déjà avec la boule au ventre je pense dans cette chambre, avant même d'entrer. Mais du coup, une forme de blindage du soignant.

Donc j'ai bien précisé que la communication elle était importante dans les deux sens, en terme de priorisation, c'est pas toujours les mêmes pour les uns et pour les autres et que oui, une prescription est faite à 8h et écrite à 8h mais pour les 26 patients et pas que pour lui et que c'était du rôle infirmier que d'évaluer la priorité sans pour autant faire toujours de la même manière, que si il y avait des temps d'attente il y avait certainement une justification à cela et que j'étais disponible si en revanche il y avait des choses qui dysfonctionnaient, qui n'étaient pas en lien direct avec la priorisation, l'organisation.

On est obligé de passer par la confiance c'est probablement ça qui peut déstabiliser une équipe à un moment donné, c'est de se dire que l'équipe essaye de verbaliser, de comprendre les choses mais n'empêche que le patient décide, il a le droit de décider et du coup on a pas forcément le retour attendu et ça peut être une source de démotivation pour l'équipe à un moment donné.

C'est dans le quotidien qu'on va le percevoir et en fonction de chaque personne, chaque professionnel ne va pas réagir de la même manière et je pense que chaque professionnel ne fait pas face à ces problèmes d'alcool de la même façon.

En revanche, je crois que moi, mon éthique de soignante c'est de ne pas, alors prendre parti je ne dirai pas ça, mais de ne pas travailler avec des a priori et casser les préjugés et des choses comme

ça... ça fait partie aussi du rôle du cadre de maintenir cette éthique là dans un service avec des valeurs en terme de respect et de communication, d'échange et de partage que j'inculque, que j'essaie en tous cas, que j'ai présenté à ma prise de poste.

Actions du cadre de santé

J'ai trouvé important de renforcer ses valeurs là parce qu'elles existaient et d'autres par rapport à des éléments, des situations que j'avais pu identifier, individuelles de travail, que oui, il fallait rappeler ces valeurs là et je les rappelle régulièrement en fin de réunion de service avec des petits messages mais toujours en lien avec ces valeurs pour garder une stabilité... essayer... !

C'est vraiment important... comment dire... d'avoir un discours régulier et cohérent et des valeurs sur lesquelles s'appuyer sur des choses du quotidien et des valeurs fortes mais des valeurs partagées aussi pour pouvoir être entendue et reconnue, pas la reconnaissance de la personne mais que l'équipe se reconnaisse dans le discours qu'un cadre va porter auprès de sa direction. (...) Confiance et adhésion.

Ça peut être très vite confus, ça peut alors très vite... par un leader négatif, par des rumeurs... mais si on fait le parallèle avec la relation soignant soigné, j'ai envie de dire on est toujours sur le fil aussi : à la moindre parole, au moindre jugement, au moindre a priori, à la moindre rumeur. Alors je parle des rumeurs parce que le temps des relèves est formidable pour ça !

CDS 2

Là je n'ai rien entendu de particulier, l'équipe a plutôt tendance à être bienveillante. Voilà... c'est inévitable, il y a toujours quelqu'un qui dira « oh lala celui là ... » pas « quel boulet » mais bon... », « s'il ne buvait pas il ne serait pas là »... ce n'est pas ce que j'ai entendu dire dans l'équipe.

Depuis qu'on est là je n'ai rien entendu et Dieu sait si on a eu des patients.

Je pense que les mentalités changent un petit peu. Les soignants sont toujours demandeurs de savoir pourquoi on fait comme ça et pas autrement, est-ce qu'ont aurait pas pu faire ça...

De toute façon je suis en contact avec l'équipe, si j'entendais quelque chose qui ne corresponde pas à ce qui doit se faire, je verrai l'agent. Depuis que je suis ici, je n'ai eu que des retours positifs des familles, quel qu'elle soit par la prise en charge qui est faite par les soignants au sein du service. Ce qui veut dire tout au moins que vis à vis des patients et vis à vis des familles il n'y a pas de propos malvenus tenus... voilà... La qualité des soins de ces patients et les prises en charge ne sont pas différentes de celles des autres.

Mon rôle de cadre soignant est d'être à l'écoute de ce qu'ils disent, de la façon dont ils parlent des patients, la façon dont ils les considèrent et puis surtout de ne pas les laisser dans la difficulté si il y a des problèmes d'ordre plus psychologiques avec le patient ou avec les familles.

D'être là en soutien, de relayer auprès de l'équipe médicale parce que parfois, ils parlent de leurs difficultés et l'équipe médicale aussi n'est pas toujours à l'écoute, donc retourner auprès de l'équipe médicale pour que les médecins retournent voir les familles et les patients quand il y a des soucis et puis éventuellement de voir si il y a besoin de faire appel à la psychologue si la situation devient compliquée.

On sait que diviser pour mieux régner, on sait que certains patients jouent à ça, on sait que c'est le meilleur moyen pour faire éclater une équipe, donc on essaie d'avoir tous le même discours et d'aller dans le même sens sinon ça complexifie encore plus les choses.

ANNEXE XIV Réponses question 8

Dans votre groupement, existe-t-il une formation portant sur l'addiction à l'alcool?

- ✓ **si oui, l'avez vous suivi? Pourquoi?**
- ✓ **si non, souhaiteriez vous qu'il en existe une ? Pensez-vous qu'elle soit nécessaire ?**

ASD 1

Après je ne sais pas du tout comment ça se passe, nous on est pas assez informé pour ça justement. Je ne suis pas au courant.

Savoir un peu ce que nous nous pourrions faire un peu en tant que soignant. Je sais pas enfin, trouver les mots, les orienter parce que moi je ne savais même pas que ça s'appelait ELSA par exemple.

Et plus axer sur la prévention. Après on sait pas ce qui est mis en place aussi, au niveau de l'état... je suis pas au courant du tout moi au niveau des personnes alcooliques. Peut être que ça peut servir à quelque chose que d'en savoir plus, on pourrait peut être plus les orienter, les conseiller...

En fait on le voit sur le terrain quoi, on ne le sait pas mais on apprend !

Oui, c'est ça, on voit sur le tas. Là en ce moment on a une dame qui a un cerveau atrophié à cause de l'alcool. Du coup, elle se fait dessus, on a beau lui répéter 15 fois, ça fait 3 mois qu'elle est dans notre service que les toilettes sont là, etc. il y a eu un semblant de mieux mais là elle replonge...

ASD 2

Je pense que ça peut m'aider pour comprendre certaines choses, oui, je ne sais pas le pourquoi du comment... ça peut aider...

IDE 1

Existe t'il une formation? Je sais pas non. Oui, on en croise dans tous les services. C'est vrai qu'on a toujours du mal.

Chaque pathologie a ses difficultés. Les soins palliatifs c'est quand même lourd aussi. Au niveau psychologique on a toujours un cheminement à faire. L'alcoolisme c'est pareil : on est toujours amené à avoir des situations, pour essayer de comprendre justement pour avoir une meilleure prise en charge derrière, que si on essaye pas de comprendre... si on réagit de but en blanc...

On est toujours en manque d'informations de comprendre des mécanismes, donc on a toujours besoin de comprendre. C'est vrai que c'est là où moi je trouve qu'il nous manque le plus. Tout le coté psychologique de mieux comprendre pour justement mieux aborder les choses après

IDE 2

Je ne sais pas.

Souhaiteriez vous qu'une formation existe ?

Oui, ça m'intéresserait... ben déjà pour arriver à comprendre, à mieux comprendre les patients qui viennent et qui sont alcooliques ou en sevrage alcoolique parce qu'on connaît pas tout et puis surtout ça donnerait une approche par rapport à eux. Il doit y avoir pleins de causes, tout ça, même les ressentis qu'ils ont. Donc arriver à les comprendre et puis de prendre en charge, une fois qu'ils sont là, d'arriver à repérer si ils sont en sevrage ou pas. Peut être il y a des causes qu'on voit pas forcément, auxquelles on fait pas attention et que du coup on aurait peut être avec cette formation.

C'est comme les urgences, c'est de notre responsabilité de savoir plus ou moins réagir, c'est pareil c'est une sorte d'urgence en fait. Si il y a un problème lié à l'alcool on se doit au moins de savoir réagir et déjà déceler au moins avant car il doit y avoir des signes, à part si le patient arrive qu'il est déjà... voilà... mais déceler les signes d'un mal être lié à l'alcool.

CDS 1

Alors ça c'est une bonne question ! il ne me semble pas.

Ça me fait penser à une formation que j'avais faite : « Comment faire face aux situations difficiles » et je me dis que ça peut être des éléments face à des situations, c'est un des exemples où le soignant peut être en difficulté et le fait d'avoir des éléments de réponse en terme de partage de l'information, vers qui on va se tourner, comment on verbalise qu'on est pas bien , enfin qu'il y a une relation soignant-soigné qui nous interroge, est ce qu'on va oser le dire ? Parce que la politique actuelle c'est quand même de parler au maximum des choses qui nous sont difficiles, des erreurs, des choses comme ça et je trouve que là pour le coup ça peut être très aidant pour un soignant et pour une équipe de partir d'une situation et de réaliser même l'analyse de pratique et de se dire en collectif comment on voit les choses, les partager, etc.

Souhaiteriez vous qu'une formation existe ?

Je pense que ça peut être intéressant d'une part pour l'équipe mais aussi pour d'autres services car c'est un problème qui peut être retrouvé, emblématique, dans différents types de service et pourquoi pas après faire une formation sur la posture, sur le travail en lien avec le psychiatre, le psychologue, sur comment on doit être, sur le profil aussi soignant car on parle du profil patient mais il y a aussi un profil soignant adapté...mais est ce qu'on rentrerait pas non plus dans « il faut que le soignant soit comme ça » donc dans une perte d'authenticité et au risque de ne pas avoir la confiance

CDS 2

Je ne sais pas, honnêtement je ne sais pas.

Souhaiteriez vous qu'une formation existe ?

Oui, ça peut toujours être une aide supplémentaire car on a notre expérience mais on peut se fourvoyer aussi dans notre façon d'appréhender le problème, d'appréhender le patient et ça peut toujours être une aide pour avoir des outils supplémentaires pour améliorer notre prise en charge des patients et puis peut être pour aider à réfléchir sur des axes auxquels on aurait pas penser.