

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
BEAUNE

Mémoire de Fin d'Etudes

UE 5.6 S.6 :

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques professionnelles.

CAMEAU Christelle

Etudiante en soins infirmiers 3^{ème} année

**Patients alcooliques :
entre représentation et prise en charge**

« La compréhension de l'alcoolisme passe par la réhabilitation de l'alcoolique¹ »

Promotion : 2010/2013

Juin 2013

¹« La personne alcoolique », livre d'Henri GOMEZ

Remerciements

Je tiens à remercier mon guidant de mémoire, M. Alain Cadot, pour ses conseils, il a su m'aider à orienter mon travail dans la direction que je souhaitais.

J'aimerais aussi apporter une attention particulière à l'ensemble de l'équipe éducative de l'IFSI de Beaune. Merci de m'avoir fait évoluer pendant ces trois ans, et me conduire jusqu'au diplôme d'Etat.

Un grand merci à toute l'équipe d'addictologie et plus particulièrement à Laurence Barrot qui a pris le temps de me conseiller et de répondre à mes différentes interrogations tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je n'aurais pas pu en arriver là sans le soutien de ma famille et plus particulièrement de mon conjoint Pierre-Anthony Selva et ma belle-mère, Annie Gambon, de mes collègues de promotion, Cécilia Carême, Paméla Lecroart et Eloïse Michel et enfin deux amies qui ont pris beaucoup de temps pour m'aider, Alexandra Vasseur et Elodie Penocchio.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. Cadre contextuel de l'étude.....	3
1. Définitions.....	3
2. L'alcoolisme.....	3
1. Epidémiologie	4
2. La classification selon Pierre Fouquet	4
3. La notion de dépendance.....	4
4. Sevrage : qu'est ce que c'est ? Quel danger ?.....	5
5. La rechute.....	5
3. La personnalité alcoolique	6
4. Le cadre juridique	7
5. Le cadre éthique et déontologique	7
II. Le cadre conceptuel.....	8
1. La psychologie sociale	8
2. La représentation.....	9
1. Les préjugés et les stéréotypes	10
2. La construction et la structure de la représentation sociale.....	12
3. L'influence sociale	12
1. La conformité	12
2. L'innovation.....	13
III. Problématique et hypothèse	13
IV. Dispositif d'enquête	14
1. Choix de la méthode d'enquête.....	14
2. Choix de la population cible	14
3. Choix du lieu d'enquête	14
4. Création du guide d'entretien.....	15
1. Les représentations du patient alcoolique	15
2. La formation dispensée aux soignants	15
3. Le vécu personnel des soignants	16
4. La dynamique d'équipe.....	16
5. Connaissance de l'interviewer	16
5. Pré test.....	16
V. Résultats et pistes de réajustement.....	17
1. Résultats de l'enquête	17
1. Relation soignant/soigné	17
2. Représentation/ressentis.....	17
3. Formation initiale et continue	18
4. Pluridisciplinarité/prise en charge/ travail d'équipe	18
5. Vécu personnel.....	18
2. Auto critique et pistes de réajustement	19
Conclusion	20
Bibliographie.....	21

Annexe I : Les définitions	24
Annexe II : Le cercle de Prochaska.....	25
Annexe III : La classification de Pierre Fouquet	27
Annexe IV : L'expérience de Bruner et Goodman	28
Annexe V : La construction et la structure d'une représentation sociale.....	29
Annexe VI : La trame d'entretien	30
Annexe VII : La retranscription des entretiens	32
Annexe VIII : L'analyse des entretiens.....	50

INTRODUCTION

La situation se passe lors de mon stage en Addictologie. L'équipe reçoit une demande de consultation par les Urgences pour un patient, M. N en état d'ébriété. Il a été admis le 8 janvier pour un malaise avec perte de connaissance initiale. Il revient d'un weekend en famille où il aurait consommé beaucoup d'alcool. A son retour après avoir parcouru plusieurs kilomètres tout en restant sobre, il fait un malaise. Ce patient a pour antécédent une dépendance à l'alcool avec crise d'épilepsie de sevrage, AVC (accident vasculaire cérébral) en 2005, cholestérol, hypertension artérielle et diabète non insulino-dépendant.

Il présente des trémulations des mains, un état de confusion aiguë et une ACFA (arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire). Le score de Cushman² est à 11 à son arrivée à 17h30. Le médecin des Urgences fait les prescriptions suivantes :

TRANXENE® 50, 4 fois par jour, vitamine B1 et B6, 1 fois par jour, hydratation par du chlorure de sodium, 1 fois par jour, score de Cushman toutes les 6h, CALCIPARINE, CORDARONE au pousse seringue électrique.

Dans ses conclusions, le médecin urgentiste mais en garde sur une possible complication de sevrage et demande une consultation par le Cardiologue.

A notre arrivée pour la consultation, M. N souffre de troubles temporo-spatiaux. Il est mutique. Nous décidons de reporter la consultation à plus tard.

A 23h, le score Cushman du patient est de 7. Ce score indique que son état clinique est plutôt stable, cependant le risque de complication de sevrage n'est pas complètement écarté. Il est transféré dans un service de Médecine au bout de quelques heures compte tenu de son anomalie cardiaque.

Le lendemain, il ne nous reconnaît pas, il paraît de plus en plus confus et incohérent, ses trémulations se sont intensifiées. Le médecin addictologue redoute un délirium tremens (cf page 9). Le médecin du service, quant à lui, avait écarté ce problème, se focalisant sur le problème cardiaque.

² Score de Cushman : échelle de mesure qui permet de prévenir le risque de complication de sevrage grâce à la cotation de différents paramètres vitaux (fréquence cardiaque, pression artérielle, fréquence respiratoire, tremblement, sueurs, agitation, troubles sensoriels). Ce score va de 0 à 21, < 7 : état clinique stable, 7 à 14 : sevrage modéré, > 14 : sevrage sévère.

A ce moment M. N n'est plus traité par l'anxiolytique et la vitaminothérapie. Le risque de complication de sevrage s'étend jusqu'à 72h après l'arrêt de l'alcool, M.N est donc toujours dans la période à risque.

L'équipe d'addictologie met en garde l'équipe soignante d'une possible complication de sevrage. A ce moment, une infirmière nous dit : « oui mais ce n'est qu'un alcoolique ! ».

Le 11 janvier, M.N est transféré aux Urgences pour complication de sevrage. Du TRANXENE® et du VALUIM® sont mis en place par le médecin puis il est transféré dans le service des Soins Intensifs, devant l'aggravation de son état. Une semaine plus tard de nouveau hospitalisé en médecine, il est très incohérent et désorienté, il est incapable de construire des phrases correctes, il ne nous reconnaît toujours pas et ne sait pas ce qu'il s'est passé. Après quelques jours son état se stabilise, il sort de l'hôpital malgré ce trouble temporo-spacial et sa difficulté de reconnaissance de l'entourage.

Tout d'abord j'ai commencé par me poser plusieurs questions que voici :

La pathologie addictive dirige-t-elle l'avis des praticiens envers la prise en charge du patient ?

Cette prise en charge médicale et paramédicale met-elle le patient en danger, au risque de tout imputer à l'addiction?

Les soignants ont-ils conscience que l'alcoolisme est une maladie à part entière ?

Dans le cas exposé ci-dessus qu'est ce qui fait que le délirium n'est pas été détecté avant ?

Comment les addictions en général sont-elles perçues en service par le personnel soignant ?

Toutes ces questions m'ont amenée à la question de départ qui est :

Quelles sont les représentations du personnel soignant face aux patients souffrant d'alcoolisme ?

J'ai choisi cette situation car elle m'a vraiment interpellée et je suis sensible aux regards bienveillants où non que les soignants portent sur une pathologie ou le mode de vie d'un patient. D'un point de vue éthique, le patient alcoolique est avant tout un patient qui doit être traité comme tel.

Je m'interroge aussi sur ce que représente la prise en charge globale d'un patient car ce dernier reste un être humain, avec son histoire personnelle qui peut avoir un retentissement dans le milieu professionnel.

Cette situation soulève des sujets sensibles auxquels nombre d'entre nous seront probablement confrontés au cours de notre carrière.

Dans le cadre d'échanges durant mes différents autres stages (Psychiatrie ou Chirurgie), j'ai pu vérifier que mon sujet faisait écho. Plusieurs infirmiers ont été interpellés par le sujet de ma recherche, trouvant le cas facilement transposable dans d'autres situations (ex : religion et croyances, maladie mentale, mode de vie...). Ils se sont eux-mêmes déjà trouvés dans une situation où leurs valeurs/croyances personnelles avaient orienté la prise en charge des patients. Afin de savoir si mon sujet est d'un intérêt professionnel j'ai fait le choix de l'aborder au cours de mes stages dans un cadre informel. Ceci, afin d'être plus facilement dans l'échange et que les soignants se sentent plus libres de s'exprimer.

Dans un premier temps je vais détailler le cadre contextuel de mon étude en définissant certains termes, puis en abordant la notion d'alcoolisme, la personnalité alcoolique, le cadre juridique, éthique et déontologique. Dans un deuxième temps, je développerai mon cadre conceptuel et plus particulièrement les notions de psychologie sociale, de représentation et d'influence sociale. Dans un troisième temps, j'exposerai ma problématique et mon hypothèse puis mon dispositif d'enquête. Enfin, je critiquerai cet outil à l'aide de l'analyse des résultats obtenus et conclurai.

I. Cadre contextuel de l'étude

1. Définitions

J'ai choisi de définir les termes d'addiction, craving et représentation. (Annexe1)

2. L'alcoolisme

Selon l'OMS l'alcoolisme est :

« une maladie et le définit comme des troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Cette perte de contrôle s'accompagne généralement d'une dépendance physique caractérisée par

un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation, une dépendance psychique, ainsi qu'une tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet)³ »

Selon l'OMS:

« Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool atteint un degrés tel qu'ils présentent des troubles mentaux notables, sur leurs relations avec les autres personnes et sur leur rôle normal social et professionnel, ou qui montrent les prodromes de telles conséquences ».

Cette définition prend en compte le retentissement de la maladie sur l'entourage, la vie professionnelle et sociale du patient. La prise de conscience et donc la prise en charge débute souvent au moment où le retentissement est perceptible.

1. Epidémiologie

En France, en janvier 2012, selon l'INSERM, la consommation d'alcool est la deuxième cause de mortalité. L'alcool est responsable de 14% des décès masculin et 3% des décès féminin (de façon directe ou indirecte). On observe une nette prédominance de la consommation masculine. A l'heure actuelle, 7% de la population ne boit jamais et 15% boivent tous les jours (toujours avec une prédominance masculine).

2. La classification selon Pierre Fouquet

J'ai choisi de parler de l'alcoolisme en m'appuyant sur les travaux de Pierre Fouquet⁴ qui est un médecin français reconnu. Il est considéré comme le fondateur de la recherche sur l'alcoolisme c'est pourquoi il me semble pertinent de me référer à ses travaux.

Il a établi une classification de l'alcoolisme en considérant trois facteurs : le psychique, la tolérance et le toxique. Ce mode de classement nous indique qu'il existe plusieurs « façons de boire ». Il en résulte que selon la classe, la prise en charge sera différente, car la façon qu'a le patient de consommer est différente. De plus, on peut supposer que les facteurs à l'origine de cette dépendance ne sont pas les mêmes selon que le patient soit atteint d'alcolite, d'alcoolose ou de somalcoolose.

3. La notion de dépendance

Selon l'OMS la dépendance se définit de la façon suivante :

³ WIKIPEDIA. *L'encyclopédie en ligne* [en ligne].

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal> (consulté le 23 avril 2013)

⁴ Détail de la classification en annexe 3

« état psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un individu et un produit, se caractérisant par un besoin de consommer de façon continue ou discontinue, afin de trouver des effets psychiques particuliers ou d'éviter le malaise du manque. L'individu poursuit la consommation malgré l'apparition des problèmes importants qu'elle induit ».

La dépendance est une notion fondamentale dans la compréhension et la prise en charge d'un patient alcoolique. Il faut comprendre que la dépendance est un phénomène qui entraîne la perte de la rationalisation face au produit. La dépendance est sociale (notion de convivialité), psychologique (consommation dans le but de rechercher les effets : soulager une tension intérieure, désinhibition, anxiolytique ...) et physique (le corps a besoin d'alcool pour ne pas présenter de symptômes de sevrage).

4. Sevrage : qu'est ce que c'est ? Quel danger ?

Le sevrage c'est l'arrêt de l'alcool afin que le corps ne ressente plus le besoin physique de consommer, il dure environ 1 semaine. Le sevrage est nécessaire dans la prise en charge de l'alcoolisme cependant il n'est pas le plus long et le plus difficile. Des soins de qualité feront appel à un suivi psychologique, le patient doit être considéré dans sa globalité (lien social, emploi, judiciaire...).

Lorsqu'un patient est dans cette phase, le risque est qu'il fasse ce que l'on appelle une complication de sevrage. Elle est due à l'arrêt brutal de la consommation d'alcool sans aide médicale. Il en existe deux :

- La crise d'épilepsie de sevrage, il s'agit d'une crise de convulsion.
- Le délirium tremens se traduit par une importante agitation du patient, une désorientation temporo-spaciale, des trémulations des extrémités, hallucinations visuelles engendrant un état de terreur ou une obnubilation. Cliniquement le patient va présenter des sueurs, une agitation, tachycardie et fièvre. Dans cette complication il y a un risque vital pour le patient, il faut donc le sédaté, entamer un traitement par benzodiazépine et une vitaminothérapie (Vit B1).

Dans ma situation de départ, le patient pris en charge aux Urgences puis en service de Médecine fait une complication de sevrage : le délirium tremens. Ce type de phénomène peut être prévenu par l'établissement d'un score de Cushman.

5. La rechute

Si l'on reprend le modèle de Prochaska, il est bien établi que la rechute fait partie du processus. Il est important de distinguer reconsommation et rechute, ce sont deux notions différentes ce n'est pas parce qu'un patient va reconsommer qu'il va forcément

rechuter. « *La rechute ne survient pas au moment où l'alcoolique prend son premier verre. Il s'agit d'un processus qui débute bien avant que la personne commence à boire* »⁵.

Comme tout processus, la rechute est constituée de différentes étapes, la première étant une douleur et un inconfort et la dernière celle de la consommation d'alcool. Le patient repasse par une phase de déni, d'agressivité, de dépression, de perte de contrôle et de baisse de l'estime de soi. Il se sent de nouveau incapable d'accomplir quoi que se soit. La rechute est difficile à vivre pour le personnel soignant au même titre que les alcoolisations répétées. Le personnel soignant peut se sentir dépassé par la situation et se sentir inutile parce que les actions mises en place n'ont pas de répercussion immédiate. On peut donc arriver vers un épuisement professionnel face à des patients ayant ce type de problématique.

3. La personnalité alcoolique

Il n'y a pas de personnalité type mais des traits communs que l'on retrouve chez plusieurs alcooliques. Cela ne veut pas dire que si l'on n'a pas tous ces traits de caractère nous sommes à l'abri de cette addiction. Il n'y a pas de généralité en matière d'addiction. On retrouve souvent des histoires de vie semblables d'une personne à l'autre et des traits de personnalité comparables.

En règle générale, ce type de patient présente un vocabulaire plutôt pauvre,

« une immaturité affective, un sentiment identitaire fragile, une intolérance à la solitude et à la frustration, un manque d'autonomie, une propension importante au déni et à la dissimulation, une perte de contrôle de soi ressentie et/ou avérée (avec propension à la violence) et une forme de solitude⁶ »

Le lien affectif entre la mère et l'alcoolique est très souvent au centre de l'addiction. Ce lien est très visible chez les hommes qui ont cette dépendance. La mère prenant une place centrale dans la vie de l'homme. Souvent la personne alcoolique entretient un rapport fusionnel avec sa mère. Elle est très présente dans sa vie voire parfois envahissante. L'homme alcoolique aime se sentir entouré, protégé. Ceci montre l'immaturité affective du patient. Ce qui est aussi très visible c'est le manque d'autonomie, le patient est dépendant à tous les niveaux dans sa vie et se trouve incapable de prendre des décisions et de s'occuper seul de lui. Il est donc important dans

⁵ <http://www.etape.qc.ca/chroniques/rechute.htm>

⁶ BIOY, Antoine, FOUQUES, Damien. Manuel de psychologie du soin. Rony : Bréal, 2002. 317 pages. P 299

la prise en charge de pouvoir ré-autonomiser le patient, cela passe notamment par la prise de rendez-vous par le patient lui-même, capacité à venir seul. L'homme n'a plus sa place de chef de famille, ne s'en sent plus capable et souvent l'épouse remplace la mère dans le lien à la dépendance.

Les personnes s'isolent soit intentionnellement soit parce que les proches s'éloignent.

Dans tous les cas l'alcoolisme à un comportement lié à un mal être.

4. Le cadre juridique

Selon la loi, « *tout individu placé dans une situation identique doit être traité de façon identique* »⁷. C'est-à-dire que le personnel soignant ne doit pas faire de différence entre ses patients et ne doit pas faire intervenir ses propres convictions personnelles dans la prise en charge médicale. Ceci représente le principe d'égalité de traitement imposé à tous les services publics. Ce principe a été acté à la fois par le Conseil d'Etat et le Conseil Constitutionnel. De plus, l'égalité est une notion fondamentale instaurée par l'article 1 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1958.

Soigner différemment quelqu'un parce qu'il est alcoolique représente une sorte de discrimination. Ceci est acté par le Code pénal et l'article 225-1 : « *Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine [...], de leur état de santé, [...] religion déterminée.* »⁸. Cela sous entend qu'un patient ne doit pas être jugé dans aucune de ses pratiques où sur ce qu'il est. Le patient qui vient pour un problème d'alcool doit, selon la loi, être soigné comme un autre sans distinction.

5. Le cadre éthique et déontologique

L'éthique est un ensemble de règle de bonne pratique qui interroge la morale, alors que la déontologie est une base de règles qui régissent une profession tout en interrogent la

⁷ GAUSSOT, Ludovic. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *Sciences sociales et santé*, 1998, volume 16, n°1, p. 5 à 42.

⁸ LAMBERT-FAIVRE, Yvonne. Problème politiques et sociaux : Droit des malades vers une démocratie sanitaire ? Paris : la documentation française, février 2003. Page 28 sur 124 pages.

morale. Selon le code de déontologie, l'infirmière a une obligation de soins, elle doit prendre en charge un patient en faisant « *abstraction des éléments de la personnalité du malade qui auraient éventuellement tendance à modifier la conception du soin dont doit bénéficier toute personne malade* »⁹.

Ici, la question éthique est de savoir si l'on doit traiter différemment un patient en fonction de ses sentiments personnels. Humainement est-ce possible ? La morale nous dit que non, pour autant est-ce aussi simple ?

II. Le cadre conceptuel

1. La psychologie sociale

Tout d'abord, avant de définir la psychologie sociale, je dois faire un point sur ce qu'est la psychologie au sens large. Il s'agit d'une science qui s'intéresse aux comportements, aux états et aux processus mentaux et aux comportements qui en résultent. « *Si la psychologie étudie l'homme, la psychologie sociale s'intéresse quant à elle à l'homme en société* »¹⁰. Il me semble indispensable de développer ce concept car ma problématique traite des représentations de ce qui entre dans le champ de la psychologie sociale.

L'être humain est un être social qui vit grâce aux interactions qu'il crée avec ses congénères. L'homme est un être relationnel, biologique et psychologique. La psychologie sociale « *étudie les conduites et les phénomènes sociaux sous l'angle des relations [...] entre l'individuel et le collectif* »¹¹. En clair, cette discipline s'intéresse aux relations qu'un individu entretient avec le reste de la société, les moyens qu'il emploie pour y parvenir et les mécanismes qu'il met en place pour se protéger de la collectivité. Elle vise, selon Allport, « *à essayer de comprendre et d'expliquer comment les pensées, les sentiments et les comportements des individus sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres* »¹².

Selon Moscovici il faut

⁹ MARCOUX, f et DOERFLINGER. Dossier médico-chirurgicaux : Droit médicale et déontologique. Paris : Maloine, 1988 p77 sur 333 pages

¹⁰ Baggio, Stéphane. Psychologie sociale. Bruxelles : De Boeck & Larcier s.a, 2006. P 6 - 217p

¹¹ Livre de Gustave-Nicolas Fischer, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, édition DUNOD, P-7

¹² Aïssani Youcef. La psychologie sociale. VUEF : Armand Colin, 2003. p14 sur 222p

« penser le sujet au croisement des ses dimensions individuelles et sociales, envisager ses conduites comme des phénomènes relationnels, dans leur inextricable enchevêtrement avec les affects, les croyances et les représentations, tels sont les thèmes du projet fondateur de la psychologie sociale. Cette discipline se pose en s'opposant : elle fait du dépassement de la différenciation individu/société le principe même de son affirmation identitaire »¹³.

Une étude de Bruner et Goodman « montre que l'on ne perçoit pas toujours un objet sur la base de ses caractéristiques objectives [...] : sa signification sociale et les valeurs qu'il incarne sont à même d'altérer la perception que l'on en a »¹⁴. (Détail de l'expérience en annexe 4)

La psychologie sociale s'intéresse à différents champs tels que l'identité, la personnalité et les normes sociales. Je vais définir ce que sont les normes sociales afin d'apporter un éclairage supplémentaire. Il s'agit de règles, de codes qui déterminent la façon de faire, de penser, de se conduire dans une situation donnée ou avec un type de personne donné. Elles sont souvent « dictées » par un groupe ou par la société elle-même. Elles sont bien-sûr implicites, il n'y a pas un ouvrage qui les répertorie mais elles sont en quelque sorte le laisser-passer pour être « comme tout le monde ». Ceci permet l'acceptation sociale.

Cette branche particulière de la psychologie a deux objectifs principaux qui sont :

« aider à mieux comprendre les processus psychologiques responsables des comportements émis en société. [Et] aider à mieux comprendre l'influence du contexte social sur les divers types de comportements »¹⁵.

Dans ma situation c'est précisément cette question que je me pose, la société influence-t-elle les comportements, la façon de penser des infirmières en exercice lors de la prise en charge des patients alcooliques ?

2. La représentation

Ce concept est directement en lien avec ma problématique puisqu'il est cité dans celle-ci. J'ai donc choisi de le développer généralement dans un premier temps puis de détailler deux formes de représentation qui sont les préjugés et les stéréotypes, qui me semblent être en lien avec ma problématique. En effet, je me demande si les soignants, au travers des représentations, ont des préjugés et des stéréotypes qui influencent leur prise en charge.

¹³ *Op. cit.* p14

¹⁴ *Ibid* p15

¹⁵ Baggio, Stéphane. Psychologie sociale. Bruxelles : De Boeck & Larcier s.a, 2006. P 7 - 217p

C'est l'image que chaque personne se fait d'une situation ou d'un homme avant d'y être confronté. C'est une généralité que l'homme se fait, c'est un mécanisme de défense face à l'inconnu ou quelque chose qui le touche. C'est un système de croyance construit à partir de valeurs, d'idées ou encore de pratiques. Cette vision est partagée par un groupe social donné grâce à des valeurs et des croyances, c'est un remodelage de la réalité transmise d'un membre à l'autre. Il existe quatre fonctions principales à l'élaboration des ces représentations. D'une part elles servent à « comprendre et expliquer la réalité¹⁶ », elles servent de cadre théorique à la réflexion. Ensuite, elles sont identitaires, elles permettent de se rattacher à un groupe social et de le rendre unique, puis elles sont utilisées à visée d'orientation, elles permettent de guider « *les comportements et les pratiques* ¹⁷ ». Enfin, elles ont une visée justificatrice face à des comportements, attitudes, propos tenus antérieurement, elles permettent de se justifier.

1. *Les préjugés et les stéréotypes*

Les préjugés sont des attitudes négatives face à quelque chose ou quelqu'un. « *Un préjugé est une idée toute faite, une opinion préconçue, secrétée et véhiculée par le milieu social, l'époque, l'éducation*¹⁸ ». Ces idées sont à l'origine de jugements émis sur un groupe de personnes, la discrimination. Ils sont élaborés avant d'être en contact avec la personne, le groupe dit « différent », il s'agit d'un mécanisme de défense qui permet de contrôler l'inconnu et donc d'en avoir moins peur. C'est très humain de vouloir se faire une opinion avant d'être confronté à l'objet, cela permet de diminuer la tension psychique interne de l'individu. Dans la prise en charge d'un patient alcoolique les préjugés existent comme le démontre le travail de fin d'étude de Bernadette Commaret, elle liste en annexe les termes par lesquels sont nommés les patients arrivant aux Urgences en état d'alcoolisation. Voici quelques exemples que je trouve très parlant : « *chieur, poivrot, pilier de bar, picoleur, épave, éponge*¹⁹ ». Ce sont des termes que l'on retrouve dans le langage commun, ils ne sont pas un langage professionnel.

¹⁶ DELHOMME, P, DRU, V, FINKELSTEIN, R, MAZE, C, MEYER, T, N'GBALA, A, VERLHIAC, J-F. Psychologie sociale. Paris : Hachette livre, 2005, 271 pages, p 69.

¹⁷ *Ibid* p 108.

¹⁸ LARGENDORFF, Florence. *Petit précis de sciences humaines : psychologie, sociologie, anthropologie*. France : Lamarre, Wolters Kluwer édition, 2009. 239 pages, p71

¹⁹ COMMARET Bernadette. *Une infirmière, un alcoolique qu'elle rencontre...* Diplôme d'étude universitaire en conduite d'abus et d'addiction. Dijon : faculté de médecine, 2000-2002, 20 pages. Annexe 4

Pour autant je reste persuadé que toutes les représentations envers les patients alcoolique ne sont pas négatives c'est pourquoi je souhaite aussi aborder la notion de stéréotype qui est moins négative et qui permet de nuancer les affirmations précédentes. La différence fondamentale entre les deux est que les stéréotypes sont « *un ensemble de croyance*²⁰ ». C'est une perception erronée de la réalité « *en version simplifiée [...], stable et rigide, qui facilite la compréhension d'autrui et la construction de son identité*²¹ » alors que les préjugés sont les attitudes en liens avec stéréotypes. Un stéréotype n'est pas forcément de nature négative, il peut aussi être positif ou neutre. C'est pourquoi il m'a semblait intéressant de développer cette notion. En effet, je souhaite que mon travail d'étude ne soit pas focalisé sur les attitudes négatives que les soignants peuvent avoir envers les patients alcooliques. Parfois l'inverse peut aussi se produire. C'est pourquoi je cherche à savoir si ces représentations, positives, négatives ou neutres peuvent avoir une influence. Je développerais cela plus tard dans le paragraphe consacré à ma problématique et mon hypothèse. Au même titre que les préjugés, les stéréotypes sont utilisés en tant que mécanisme de défense.

Je trouve intéressant de citer les lignes suivantes :

« 'Ce que j'ai découvert, c'est qu'en fin de compte on n'avait pas du tout l'attitude qu'il fallait avoir face aux gens qui boivent, qu'on était complètement à côté de nos pompes. Ce n'est pas évident parce qu'on ne sait pas quoi faire. On n'apprend nulle part quelle attitude on doit avoir vis-à-vis de ces gens-là, parce que l'attitude qu'on a c'est de condamner. On a du mal à comprendre que le gars n'a pas son libre arbitre. Donc on va le culpabiliser, l'agresser'²² »

Ceci met en avant que s'adresser à quelqu'un souffrant de ce type de pathologie s'apprend que cela n'est pas forcément inné, que la tâche n'est pas facile et que l'on peut se confronter à ses propres limites. Les attitudes qui résultent de ces représentations sont le rejet, l'agression (verbale ou physique, l'ignorance est une forme d'agression), ou encore la culpabilisation. Cette citation met aussi en exergue la difficulté à comprendre le mécanisme de l'alcoolisme et le fait que l'individu n'a plus le contrôle de sa consommation. Cela peut aussi être à l'origine d'une forme d'usure professionnelle de la part des soignants.

²⁰ LEON, Marie-Hélène. Psychologie sociale : concepts fondamentaux. Levallois-Perret : groupe Vocatis, 2008. 121 pages, p67.

²¹ *Op. cit* p 69.

²² ANCEL, P, GAUSSOT, L. Alcool et alcoolisme : pratiques et représentations. Paris : l'Harmattan, 1998, 237 pages, p 162.

2. *La construction et la structure de la représentation sociale*

Dans cette partie je vais expliquer comment se construit une représentation sociale et quelle est sa structure. (Annexe 5)

3. **L'influence sociale**

Ce concept me semble pertinent à développer car il est en lien avec l'influence que l'équipe pourrait avoir sur la prise en charge des patients alcooliques.

Tout d'abord il s'agit de s'intéresser à ce qu'est l'influence sociale. Il s'agit de « *la façon dont les attitudes et les comportements des personnes changent sous l'effet d'une pression réelle ou imaginaire de la part d'autres personnes* »²³. Pour aborder cette notion qui est très vaste j'ai choisi de m'intéresser à deux concepts qui sont la conformité et l'inverse afin de ne pas cibler mon travail sur un seul axe, l'innovation.

1. *La conformité*

C'est un processus d'adaptation qui peut-être défini par le fait de changer son opinion ou sa façon de penser ou encore son comportement en fonction de l'influence qu'exercerait un groupe sur l'individu. Il existe différents types de conformité, la conformité anticipée (avant qu'il y ait pression par le groupe), conformité retardée (long moment de pression avant que le sujet adopte la position du groupe). Il peut y avoir un accord privé ou un accord public ce qui signifie que la personne prend parti publiquement ou non. La conformité peut aussi être connue sous le nom d'influence majoritaire en opposition à l'influence minoritaire. Il existe trois types de conformisme : la complaisance (pour ne pas être en conflit avec le groupe), l'identification (garder de bonnes relations avec le groupe) et l'intériorisation (sujet en accord complet avec le groupe).

Dans ma situation il est légitime de se demander si les opinions et donc les représentations des infirmières sont influencées par le groupe (l'équipe) ou seulement par leur vécu. Cela revient à se demander s'il s'agit d'influence majoritaire ou simplement d'opinion.

²³ Moscovici Serge. *Psychologie sociale*. Paris : Quadrige, 2011 2^{ème} édition. P 25 – 616p

2. *L'innovation*

Au contraire de la notion précédente l'influence ne vient pas du groupe mais est exercé par l'individu. Ce type d'influence est plus rare mais arrive dans certaines circonstances. Cela demande de la part de l'individu une capacité à garder ses positions sans se contredire et en restant cohérent. « L'innovation est toutefois difficile à mettre en œuvre en raison de la pression sociale à l'uniformité »²⁴. Grâce à ce concept je peux donc me demander si les représentations des infirmières, si elles en ont, est de leur opinion propre c'est-à-dire de leur vécu et donc sous aucune influence liée au groupe. Cela voudrait dire que les infirmiers ont la capacité d'influencer une équipe que se soit en positif comme en négatif sur les opinions mais aussi sur les comportements à adopter.

III. Problématique et hypothèse

À la vue de mes différentes lectures et après le travail des concepts choisis, je me suis aperçu que beaucoup d'articles traitent des représentations négatives face à un patient alcoolique, et que celles-ci engagent la prise en charge de la personne. Dans certaines de mes lectures, des hypothèses explicatives sont avancées comme le « burn out » professionnel, le vécu, l'ancienneté d'exercice, le fait d'être confronté régulièrement à ce type de patient ou encore le manque de formation.

Tout cela m'a permis de m'interroger sur les concepts de psychologie sociale, la représentation, d'acceptation par un groupe. En effet, j'ai pu remarquer dans ma recherche que souvent il s'agit d'une équipe entière qui n'est pas efficace dans ce type de prise en charge et pas seulement un professionnel. Je me suis donc intéressée au sujet de l'influence, d'un individu sur un groupe et inversement.

J'en suis donc arrivée à la problématique suivante :

En quoi les représentations que le personnel soignant a de l'alcoolisme influence-t-elles la prise en charge des patients souffrants de cette addiction ?

Ce qui veut dire que je vais chercher à savoir ce qui va influencer la prise en charge, je pars donc du principe que ce sont les représentations qui ont un impact.

Après avoir posé cette problématique j'ai continué à lire et me documenter. Ceci a conforté les hypothèses avancées plus haut, j'ai donc pu en déduire ceci :

²⁴ *Op. cit.* 217p

Le vécu personnel, le manque de formation ainsi que la dynamique d'équipe du service peuvent influencer négativement les représentations des soignants dans la prise en charge des patients alcooliques.

Dans cette hypothèse je mets en relief trois variables indépendantes qui sont le vécu personnel, le manque de formation et la dynamique d'équipe, une variable indépendante qui est la représentation des soignants et une variable contrôlée qui est la prise en charge de patients alcooliques.

IV. Dispositif d'enquête

1. Choix de la méthode d'enquête

J'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs car il s'agit de la méthode la plus adaptée pour collecter des représentations et des attitudes soignantes. J'ai décidé que les entretiens auraient une durée d'environ 20 à 30 minutes. Cette durée me semble adéquat afin d'explorer l'ensemble des thèmes choisis en ne monopolisant pas longuement les professionnels.

2. Choix de la population cible

J'ai choisi de cibler des hommes et des femmes, au minimum un représentant de chaque sexe, de ne pas faire de distinction de durée d'exercice professionnel car mon hypothèse ne porte pas sur cette variable. Cependant, je cherche à récolter cette information afin que l'échantillon soit le plus représentatif possible.

Le choix des participants a été fait par la cadre et sur la base du volontariat.

Au final, le jour venu, la cadre de soin m'a adressée trois femmes de 24, 29 et 35 ans qui sont diplômées depuis 2, 7 et 6 ans. Mon échantillon n'est donc pas représentatif pour une enquête plus approfondie, mais suffisant pour la phase de pré-test.

3. Choix du lieu d'enquête

Au départ j'ai choisi, sur les conseils de mon guidant, de contacter une clinique au sein d'une grande ville qui malgré mes demandes n'a jamais donné suite. Je me suis donc tournée vers l'hôpital où s'est déroulé mon stage d'addictologie et plus précisément

auprès du service de Médecine qui a accueilli la situation d'appel de ce travail. Au final, je trouve bien plus pertinent de réaliser cette enquête au sein même du service qui est au départ de mon questionnement.

Bien que le service de Médecine ne soit pas spécialisé dans l'accueil des patients alcooliques, il me semblait pertinent d'interroger des soignants pas forcément habitués à ce type de pathologie. J'ai pris contact par écrit avec la directrice des soins du centre hospitalier qui m'a donné son accord.

4. Création du guide d'entretien

J'ai choisi de diviser mon guide²⁵ en cinq grandes parties : les représentations du patient alcoolique, la formation dispensée aux soignants, le vécu personnel des soignants, la dynamique d'équipe et enfin une partie pour connaître l'interviewer.

1. Les représentations du patient alcoolique

Grâce à cette partie de l'entretien, je souhaite collecter les représentations des soignants afin de savoir si ces dernières impactent sur la prise en charge. Ici, je m'attends à ce que l'on nomme l'alcoolisme comme une maladie. Je me prépare également à entendre « ivrogne, alcoololo, moins que rien, poivrot, pauvre type, égoïste, cas sociaux²⁶ » pour ne citer que ceux-là. J'espère que les réponses seront sincères, qu'ils oseront me dire vraiment le fond de leur pensée car mon but n'est pas de juger mais uniquement de comprendre. Grâce à la première question je cherche à déterminer les éléments centraux qui composent la représentation.

2. La formation dispensée aux soignants

Dans cette partie je souhaite savoir si les soignants ont reçu une formation durant leur cursus scolaire ou dans le cadre de la formation professionnelle et surtout si celle-ci leur a permis d'appréhender les patients d'une autre façon. S'ils n'ont pas fait de formation qu'elle en est la raison ? Manque d'intérêt pour la discipline ou parce qu'ils ne jugent pas utile de se former pour prendre en charge de manière adapté ce type de patient ? S'ils ont effectivement reçu une formation, qu'en retirent-ils ? Sont-ils plus à l'aise ?

²⁵ Guide d'entretien en annexe n°6

²⁶ *Op. cit.* Annexe 4

Ont-ils perçu un écart entre leurs représentations avant et après la formation ? Toutes ces réponses me permettront de savoir si la formation a un impact sur la façon de prendre en charge un patient ou pas. Ici, je m'attends à ce que l'on me dise qu'ils ressentent la nécessité de se former mais qu'ils manquent de temps.

3. Le vécu personnel des soignants

Ici, je cherche à savoir si le vécu, du soignant influence les représentations et de ce fait la prise en charge du patient. Je vais donc chercher à savoir si leur propre expérience entraîne des difficultés dans leur vie professionnelle.

4. La dynamique d'équipe

Dans cette partie je cherche à déterminer si l'attitude d'un membre de l'équipe peut influencer la prise en soins du patient.

5. Connaissance de l'interviewer

Le temps d'exercice professionnel ainsi que l'âge me paraît pertinent à connaître car il est possible qu'il y ait un écart entre les réponses des jeunes et des anciens diplômés. De plus, le fait que le soignant interrogé soit un homme ou une femme peut avoir un impact sur les réponses.

5. Pré test

J'ai convenu d'un rendez-vous la semaine précédente avec la cadre qui m'avait exprimé son désaccord quant au choix du service et j'ai bien compris que ma démarche n'allait pas être encouragée dans la mesure où aucune salle ne m'était attribuée et qu'elle avait oublié ma venue et par conséquent de prévenir l'équipe. Elle m'a également interpellée sur mon guide d'entretien qu'elle ne juge pas bon. Cette remontrance me permet de m'interroger à nouveau sur le thème de mon mémoire.

Je parviens tout de même à trouver un endroit calme pour mener à bien mes entretiens. J'avais prévu une durée de 20 à 30 minutes, il s'avère qu'ils ont tous une durée d'environ 20 minutes. Ils ont été enregistrés avec l'accord des interviewers.

V. Résultats et pistes de réajustement

1. Résultats de l'enquête

Lors de l'analyse des résultats²⁷ j'ai pu mettre en exergue cinq thèmes qui sont communs aux trois entretiens et que je vais analyser dans cette partie. Cette synthèse des résultats va me permettre de pouvoir analyser mon outil d'enquête dans le paragraphe suivant. En effet, en mesurant l'écart entre les données attendues et celles récoltées je vais déterminer la pertinence de ma grille d'entretien. Ainsi, je vais dégager les biais et les pistes de réajustement possibles.

1. *Relation soignant/soigné*

Dans cet item, on retrouve un terme commun aux deux derniers entretiens qui est « compliqué » et aucun terme commun aux trois. Il existe un écart entre le premier entretien et les deux autres. Les entrevues 2 et 3 vont plutôt dans le même sens en trouvant cette relation « difficile » et « délicate » en exprimant la complexité à entrer en relation avec ce type de patient.

2. *Représentation/ressentis*

Dans ce thème, je retrouver une différence entre l'entretien 1 où elle ne cite pas du tout le terme de maladie ou pathologie et les deux autres qui y font référence. En revanche, les deux premières interviewées font état d'une « solitude » ou d'un « isolement » qu'on peut relier. L'infirmière du troisième entretien révèle qu'en effet elle est parfois dans le jugement « c'est quand même une pathologie qui avec de la volonté et de l'aide peut-être enrayée plus facilement que d'autres », elle s'en rend compte et réajuste son comportement afin que cela n'interfère pas dans sa prise en charge. L'infirmière du deuxième entretien note une évolution de ses représentations entre le début de son exercice professionnel et ce jour. En effet, au début elle appréhendait l'entrée en contact, elle avait peur d'une éventuelle violence ou d'une complication de sevrage. Aujourd'hui, ce sentiment a évolué selon elle, grâce à son expérience professionnelle, sa maturité et la connaissance de la pathologie.

²⁷ Retranscription des entretiens en annexe 7 et analyse des résultats en annexe 8

3. Formation initiale et continue

Ici, les deux premiers entretiens se ressemblent, en effet, elles trouvent l'apport théorique initial insuffisant regrettant toutes les deux le manque d'application de la théorie à la réalité. Elles auraient apprécié que l'accent soit mis sur les surveillances et l'aspect psychologique de la prise en soin. La troisième interviewée, quand à elle se trouve satisfaite de la formation initiale, pensant que ce qui pouvait être abordée en théorie l'a été, le reste s'acquérant en service.

4. Pluridisciplinarité/prise en charge/ travail d'équipe

Toutes les trois font ressortir l'importance du travail d'équipe et la ressource qu'elle représente. En effet, lors du deuxième entretien, l'infirmière mentionne que parfois le patient peut rencontrer des difficultés relationnelles avec certains soignants, l'intérêt du travail d'équipe et donc de pouvoir passer la main à un collègue avec qui le patient se sentira mieux.

Dans les trois entretiens, les infirmières révèlent que le service n'est pas spécialisé dans cette prise en charge de ce type de pathologie, donc ce problème n'est pas central mais « périphérique », elles n'ont donc « pas en rentrer dedans ». En revanche, elles soulignent l'importance de surveiller l'apparition de signes de sevrage pour que la prise en charge soit globale.

Enfin, elles mentionnent toutes l'existence du service d'addictologie ce qui montre qu'ils interviennent régulièrement dans le service et donc que les médecins font des demandes de consultations soit de leur propre initiative soit à la demande des infirmiers. Pour les deuxième et troisième infirmières, la prise en charge va dépendre du soignant surtout, mais aussi du patient « et de la place qu'il veut bien donner au soignant » précise la dernière interviewée.

5. Vécu personnel

Toutes sont unanimes et affirment que le vécu personnel et l'expérience professionnelle de chacun à un impact sur la prise en charge du patient. La troisième infirmière précise même que l'influence est interne et qu'elle essaie de ne pas le faire transparaître auprès du patient.

2. Auto critique et pistes de réajustement

Après analyse des résultats je peux confirmer que le choix de la méthode d'enquête était à mon sens la plus appropriée à la collecte des représentations. En effet, j'ai pu dialoguer et rebondir sur les dires des infirmières.

Cependant, il s'avère que mon guide d'entretien comporte des questions qui ont semblé redondantes pour les soignants. Elles n'ont pas su percevoir la subtilité des termes employés et je ne suis pas parvenue à leur expliquer suffisamment clairement afin d'obtenir les réponses attendues. C'est le cas pour les questions suivantes :

Pourriez-vous me dire comment vous voyez la relation entre un infirmier et un patient alcoolique ?

Quels sont les ressentis lors la prise en charge d'un patient alcoolique ?

De plus, la formulation de certaines questions était très vague. Les infirmières ne savaient pas quoi répondre et par conséquent j'ai dû réexpliquer à certaines d'entre elles, avec plus ou moins de succès le but de l'interrogatoire. C'est le cas pour :

Quels sont les facteurs qui peuvent influencer la prise en charge ?

Pensez-vous que la dynamique d'équipe peut influencer la prise en charge des patients alcooliques ?

Comment percevez-vous la place du travail d'équipe dans ce type de prise en charge ?

Ceci entraîne donc des réponses qui sont peu en rapport avec mon thème sur la dynamique d'équipe.

De plus, au cours de l'entretien j'ai ajouté des questions spontanées dans le but d'interagir avec les infirmières, mais celles-ci étaient orientées et induisaient des réponses. C'est le cas pour :

Est-ce que c'est quelque chose qui vous interpelle ? La réponse induite : elle allait forcément me répondre oui

Dans ces cas là est-ce que vous essayez de ne pas prendre tout de suite les ressentis ou les transmissions qu'on vous fait, d'attendre et de vous faire votre propre opinion ? La réponse induite : je vais attendre et me faire ma propre opinion.

La difficulté de la mesure des représentations réside dans le fait quelles soient propres à chacun d'entre nous, il est donc difficile de savoir si l'outil est adapté ou s'il s'agit du propre ressenti de l'interviewé.

Lors de la retranscription des entretiens je me suis aperçue lors du premier entretien, que j'avais oublié de poser une question sur les facteurs qui influent la prise en charge, je me demande donc si les résultats sont significatifs.

Les biais de mon enquête sont les suivants :

- ~ L'entretien est réalisé sur le lieu de travail
- ~ Le thème de l'enquête est délicat car il peut avoir un écho personnel et les enquêtés peuvent avoir des difficultés à reconnaître qu'ils font des différences entre les patients, c'est un sujet tabou.
- ~ Les infirmières peuvent avoir peur que je les juge du fait de mon inexpérience.
- ~ Mon échantillon n'était pas représentatif dans la mesure où il n'y avait pas d'hommes. L'homogénéité des âges était respectée mais pas celle de l'obtention du diplôme.

Si j'avais à créer réellement cette enquête, je modifierais les questions qui sont mal formulées, je ferais attention lors de questions spontanées de ne pas induire de réponse. D'autre part, je m'attarderai sur le choix des enquêtés par une méthode d'échantillonnage, et je serai plus vigilante sur l'aspect organisationnel des entretiens. Je m'assurerai d'avoir un bureau à ma disposition au calme et si possible hors du service afin d'éliminer un biais.

Conclusion

Dans notre société l'alcool a deux facettes, l'alcool festif synonyme de convivialité, de fête et de repas de famille et l'alcool mauvais, c'est celle de « l'alcool, SDF ou pilier de comptoir ». Il est difficile de se détacher de cette dernière image quand on prend en charge un patient soit en état d'ébriété soit avec un problème d'alcool. Moi-même au début de mon stage en addictologie je suis arrivée avec de nombreuses idées préconçues telles que celle qui est partagée par beaucoup : « pourquoi ne décide-t-il pas d'arrêter de boire ? S'il boit c'est un manque de volonté ! ». Finalement tous ces préjugés m'ont servi lors de ma rencontre avec les patients ; je me suis retrouvée complètement déstabilisée face à des personnes qui ne ressemblent pas à ce que je m'étais imaginé. Derrière ce problème d'alcool il y a une vraie souffrance et souvent une histoire personnelle difficile.

Au début de mon mémoire, je pensais que toutes les infirmières allaient avoir des idées négatives du patient alcoolique et que cela allait avoir une influence certaine dans leur prise en soin. De plus, je m'imaginai que toutes avaient les mêmes idées préconçues, ce qui faisait de ma situation d'appel une généralité. Au cours de mes entretiens je me suis aperçu que les représentations sont souvent négatives mais évoluent positivement avec le temps et l'expérience. Au final, ce travail m'a appris que même quand on parle de représentation, nous ne sommes pas exempt d'en avoir puisque moi-même je présentais les réponses.

Grâce à ces entretiens je me suis aperçue que je n'avais pas abordé, dans mes concepts, la relation soignant/soigné qu'il aurait été intéressant de développer et qui est ressortie comme élément clé du lien entre un patient alcoolique et un soignant. Il s'avère que toutes ont trouvé difficile d'établir un contact et une relation avec ces patients.

Finalement, je me rends compte que le fait d'être soignant inclut la tolérance et le respect de l'autre quelle que soit sa façon de vivre, ses croyances et le fait qu'il puisse être différent.

Bibliographie

- ~ GACHE, P. Prise en charge du patient alcoolo dépendant : préjugés et contre attitudes. *Médecine et hygiène* octobre 2000, n° 2316, p 1943-1946
- ~ SINGAINY, EJD. La rencontre avec le sujet alcoolique. *L'évolution psychiatrique* avril-juin 2010, volume 775 N°2, p 225-237
- ~ GANGNER, E et ROCHER, I. Relation soins-alcool : enquête auprès des soignants en milieu institutionnel. *Alcoologie et addictologie*, décembre 2003 tome 25 n°4, p 295-303
- ~ BOULZE, I, LAUNAY, M et BALMES, JL. Contre-transfert et représentation des soins chez les soignants et les patients alcooliques. *Alcoologie et addictologie*, décembre 2003 tome 25 n°4, p 305-310
- ~ MENECHIER, P, POILLOT, A, MENECHIER OSSIA, L, LEFRANC, D, PLATTIER, S et PLOTON, L. Attitudes et croyances infirmières envers le mésusage d'alcool du sujet âgé : étude exploratoire auprès de 301 infirmiers hospitaliers. *Alcoologie et addictologie*, décembre 2010 tome 32 n°4, p 291-298
- ~ BOUVET LEPRINCE, V, BAERT, R, SAINT AUBERT, C, ERALDI GACKIERE, D et GIBOUR, B. Sensibilisation en alcoologie, impact sur les personnels soignants. *Alcoologie et addictologie*, mars 2011 tome 33 n°1, p 49-54
- ~ SANGLADE, O. *Baclofène, alcool et autres cravings : Intérêts et limites à partir de 13 entretiens qualitatifs*. Médecine générale. Lieu de soutenance : université de Strasbourg, 2011, 234 pages.
- ~ MERCIER, N. Du sevrage au maintien de l'abstinence. *L'infirmière magazine*, 1^{er} mars 2012, n°296, p 35 à 37.

- ~ GONGUET, B, KARILA, L, LUKASIEWICZ, M, LIOT, K, REYNAUD, M, DANEL, T, CASCAS, S, KKARMOUS, R, HECKTOR, L, VIMAL, T, BENYAMINA, A, ALTER, C, FRIARD, D, MAISONDIEU, J. Alcool, quand tu nous tiens. *Santé mentale*, novembre 2006, n°112, p. 17 à 91.
- ~ MERCIER, N. L'alcool tient l'affiche à l'hôpital. *Objectif soins*, août/septembre 2011, n°198, p.37 à 40.
- ~ INSERM. *Institut national de la santé et de la recherche médicale* [en ligne]. <<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante-bilan-et-perspectives>> (consulté le 6 février 2013)
- ~ L'ETAPE. *Centre communautaire d'intervention en dépendance* [en ligne]. <<http://www.etape.qc.ca/chroniques/rechute.htm>> (consulté le 6 février 2013)
- ~ WIKIPEDIA. *L'encyclopédie en ligne* [en ligne]. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal> (consulté le 23 avril 2013)
- ~ BAGGIO, Stéphane. *Psychologie sociale*. Bruxelles : De Boeck & Larcier s.a, 2006. 217p
- ~ GAUSSOT, Ludovic. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *Sciences sociales et santé*, 1998, volume 16, n°1, p. 5 à 42.
- ~ AISSANI Youcef. *La psychologie sociale*. VUEF : Armand Colin, 2003. 222p
- ~ Moscovici Serge. *Psychologie sociale*. Paris : Quadrige, 2011 2^{ème} édition. 616p
- ~ COMMARET Bernadette. *Une infirmière, un alcoolique qu'elle rencontre...* Diplôme d'étude universitaire en conduite d'abus et d'addiction. Dijon : faculté de médecine, 2000-2002, 20 pages.
- ~ DEMAIZIERE, T. *Sept à huit : témoignage de Constance Larsen* [émission de télévision diffusée le 3 février 2013 sur TF1]. Paris : Emmanuel Chain et Thierry Bizot – Elephant Production, 2013. (10 minutes)
- ~ LAMBERT-FAIVRE, Yvonne. *Problème politiques et sociaux : Droit des malades vers une démocratie sanitaire*. Paris : la documentation française, février 2003. 124 pages
- ~ MARCOUX, f et DOERFLINGER. *Dossier médico-chirurgicaux : Droit médicale et déontologique*. Paris : Maloine, 333 pages
- ~ BIOY, Antoine, FOUQUES, Damien. *Manuel de psychologie du soin*. Rony : Bréal, 2002. 317 pages
- ~ LARGENDORFF, Florence. *Petit précis de sciences humaines : psychologie, sociologie, anthropologie*. France : Lamarre, Wolters Kluwer édition, 2009. 239 pages
- ~ LEON, Marie-Hélène. *Psychologie sociale : concepts fondamentaux*. Levallois-Perret : groupe Vocatis, 2008. 121 pages
- ~ DELHOMME, P, DRU, V, FINKELSTEIN, R, MAZE, C, MEYER, T, N'GBALA, A, VERLHIAC, J-F. *Psychologie sociale*. Paris : Hachette livre, 2005, 271 pages
- ~ MOLINER, P. *images et représentations sociales : de la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Grenoble : presse universitaire de Grenoble, 1996. 275 pages
- ~ ANCEL, P, GAUSSOT, L. *Alcool et alcoolisme : pratiques et représentations*. Paris : l'Harmattan, 1998, 237 pages

ANNEXES

Annexe I : Les définitions

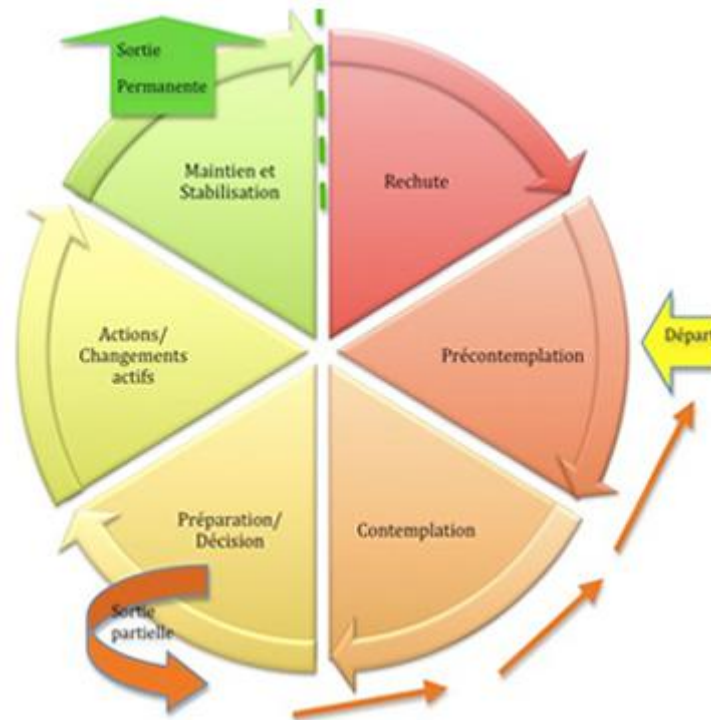
Selon le dictionnaire Larousse l'addiction est définie comme un « *état de manque vis-à-vis d'une drogue.* » c'est-à-dire que la personne n'est plus capable de dire non au produit, elle n'est plus libre de le consommer ou non. Le passage d'un état d'abus à un état de dépendance est reconnu quand il y a perte de liberté et de plaisir à la consommation pour certaines drogues (ex : l'alcool). Il y a addiction quand il y a dépendance, qu'elle soit physique, psychique et/ou comportementale (par exemple l'addiction au tabac comporte les trois dimensions).

Je souhaite porter une attention particulière au modèle de Prochaska (annexe 2) qui démontre que pour arriver à une abstinence plusieurs étapes se succèdent, il est aussi appelé le cercle du changement. Ce modèle me semble pertinent à étudier car il est valable dans toutes les addictions. Il permet d'expliquer le chemin que les patients doivent parcourir pour arriver à un état d'abstinence et donc d'un changement de comportement. Il est très utilisé par les médecins addictologues et de reconnaissance mondiale.

Il me semble aussi nécessaire de définir la notion de craving qui est indispensable à la compréhension de la psychologie d'un patient alcoolique. Il s'agit de l'envie irrépressible de consommer de l'alcool.

Dans ma question de départ, j'ai choisi d'employer le terme représentation et non préjugé car ce dernier a une connotation péjorative alors qu'une représentation peut être positive et négative. Cette notion sera développée dans mon cadre conceptuel.

Annexe II : Le cercle de Prochaska



La pré-contemplation : stade où le changement n'est pas envisagé soit par déni de l'état actuel soit par manque d'information ou réception de mauvaises informations.

La contemplation : conscientisation du comportement avec le début de l'envie de le faire évoluer. Le sujet évolue tout les aspects que ce changement va comporter. A ce stade il n'a toujours pas pris l'engagement de changer de comportement.

La préparation : décision pris et sera mise en action dans les mois à venir.

L'action : l'individu met des actions en place pour modifier activement son comportement.

Le maintien et la stabilisation : l'individu consolide les acquis de la phase d'action afin de prévenir la rechute.

La rechute : elle fait partie du processus car elle permet d'apprendre de ses erreurs et de ne pas les reproduire au cycle suivant. Nécessaire dans le processus.

Ce cercle explicite toutes les étapes du cycle amenant jusqu'à l'abstinence dans l'addiction en général.

Pour arriver à l'abstinence il existe plusieurs étapes indispensables dans la rechute est l'une d'elle. De plus, il ne suffit pas de faire un seul tour pour arriver à l'abstinence,

dans la majorité des cas, les patients enchainent les cercles avant d'arriver à maintenir l'abstinence.

La durée des étapes et du cercle en général dépend de chaque patient.

Annexe III : La classification de Pierre Fouquet

Selon Pierre Fouquet, les alcooliques peuvent être séparés en trois catégories selon leur mode de consommation.

Tout d'abord, les alcoolites, qui sont des sujets qui sont perpétuellement sous l'empire d'un état alcoolique. Ils sont caractérisés par « *l'ingestion de boissons alcooliques en quantité excessive*²⁸ ». Ils ont tendance à préférer la consommation de vin à celle d'alcool fort. Ils sont rarement en état d'ébriété ce qui fait qu'ils sont difficilement repérables. On retrouve chez ces personnes des troubles hépato-digestifs ce qui les amène à consulter un médecin.

Ensuite, les alcooloses. La consommation d'alcool est associée à des troubles psychiatriques comme des névroses ou des psychoses. Ils sont des buveurs épisodiques et solitaires. Dans cette forme il y a un fort sentiment de culpabilité puisque la consommation se fait de manière cachée.

Enfin, les somalcooloses. Il s'agit de la forme la plus sévère d'alcoolisation. Le sujet consomme de grande quantité d'alcool de façon compulsive. Il ne se préoccupe pas de ce qu'il boit, eau de Cologne, alcool à 90°C. Ici, l'individu cherche un état d'ébriété le plus rapide possible.

28

<http://books.google.fr/books?id=vDMUFgEVsTgC&pg=PA160&lpg=PA160&dq=oeuvre+pierre+fouquet+classification&source=bl&ots=noEU0xbdfa&sig=m4Y527uHzk8YD-NSb1yQfA6yNP8&hl=fr&sa=X&ei=xtB4UfqQKaiO7QbWy4GoDw&ved=0CEMQ6AEwAg#v=onepage&q=oeuvre%20pierre%20fouquet%20classification&f=false> guérir de l'alcoolisme : le défi du possible

Annexe IV : L'expérience de Bruner et Goodman

En d'autres termes l'influence de la société et les valeurs qu'elle engage nous fait comprendre les objets différemment de ce qu'ils sont vraiment. Par cette expérience ils démontrent que la perception d'un objet social n'est pas simplement due à nos propres croyances et valeurs mais que celles-ci sont elles-mêmes influencées par la société. Ils prennent l'exemple d'une pièce de monnaie présentée à un enfant. L'enfant doit donner sa taille en comparaison à un jeton : pour ceux issu d'un milieu social peu aisé, la pièce leur paraît grande car elle a une forte valeur sociale au contraire de ceux issu d'un milieu social aisé. Si je replace cette théorie en rapport avec ma situation je peux me demander si la valeur sociale attribuée à l'individu alcoolique permet aux soignants de comprendre et donc de percevoir différemment ces patients en fonction de leur pathologie et donc de leur « valeur sociale ».

Annexe V : La construction et la structure d'une représentation sociale

La construction se fait grâce à deux phénomènes, l'objectivation qui est la sélection des informations à propos du sujet, l'agencement de celles-ci et leur naturalisation, c'est-à-dire le passage de l'imaginaire à la réalité, les infirmités sont devenues vraies. Puis, l'ancrage qui est le passage de la vérité dans le social, information partagée par tout le groupe et considéré comme véridique. Désormais c'est une vérité.

Au niveau de cette structure, la représentation est composée d'un noyau central et d'éléments périphériques. Le noyau central représente l'idée fondamentale qui est véhiculée par la représentation, il est difficile à faire évoluer alors que les éléments périphériques permettent « *l'adaptation de la représentation à des contextes sociaux variés*²⁹ ». Je pense qu'il est important de préciser ces informations car elles sont au centre de la recherche et vont conditionner la construction future de mon outil d'enquête. En effet, je vais chercher à savoir quels sont les éléments centraux et quels ceux qui sont périphériques. Leur position dans la structure de la représentation va peut-être avoir un impact dans l'influence qu'ils peuvent avoir sur la prise en charge des patients alcooliques. De plus, il me semble indispensable de connaître la structure d'un élément étudié.

²⁹ MOLINER, P. images et représentations sociales : de la théorie des représentations à l'étude des images sociales. Grenoble : presse universitaire de Grenoble, 1996. 275 pages, p 61

Annexe VI : La trame d'entretien

Je suis étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Beaune. Dans le cadre de mon travail de fin d'étude je réalise des entretiens sur le thème de l'alcoolisme. Cet entretien est anonyme de lieu et de personne et durera entre 20 et 30 minutes. Etes-vous d'accord pour participer à cet entretien ?

Question inductrice : pourriez-vous me dire comment vous voyez la relation entre un infirmier et un patient alcoolique ?

I- Les représentations du malade alcoolique

Si je vous dis alcoolique, quels sont les 3 premiers termes qui vous viennent à l'esprit ?
Quels sont les ressentis lors la prise en charge d'un patient alcoolique ?

II- La formation

Au cours de vos études, les cours d'addictologie dispensés vous ont-ils semblés suffisants pour vous permettre de prendre en charge un patient alcoolique ? En quoi ?
Au cours de votre exercice professionnel, avez vous été formé à l'addictologie et notamment à l'alcool ?
Selon vous, que pourrait apporter une telle formation aux soignants ?

III- Le vécu personnel

Avez-vous déjà rencontré des difficultés lors de prise en charge de patients alcooliques ?
Selon vous pourquoi vous êtes-vous trouvez en difficulté ?
Selon vous, en quoi votre vécu personnel peut influence votre prise en charge d'un patient alcoolique ?
Quels sont les facteurs qui peuvent influencer la prise en charge ?

IV-La dynamique d'équipe

Pensez-vous que la dynamique d'équipe peut influencer la prise en charge des patients alcooliques ?

En quoi la dynamique d'équipe impact la prise en charge des patients alcooliques ?

Comment l'équipe s'organise pour la prise en charge ?

Comment percevez-vous la place du travail d'équipe dans ce type de prise en charge ?
(demande d'intervention de l'équipe d'addictologie, lorsqu'il y a un problème, discussion en équipe ? prise de décision ? choix des protocoles de soins ?)

V- Connaissance de l'interviewer

Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Sexe : homme, femme

Quel âge avez-vous ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Des remarques ?

Merci de votre participation

Annexe VII : La retranscription des entretiens

Codage :

Silence : //

Hésitation : **

Rire : ^^

Entretien n°1

EIDE : Pourriez-vous me dire comment vous voyez la relation entre un infirmier/une infirmière et un patient alcoolique ?

IDE : ** la relation ** comment ** par rapport à moi en faite ou par rapport à mes collègues en général ?

EIDE : par rapport à vous

IDE : par rapport à moi, ** moi je dirais franche. Moi j'essai d'établir un contact franc en faite j'essais de bien recadrer les choses, ils sont là pour un sevrage. Après moi j'énumère tout ce qui est signe, tout ce qui est effets secondaires, les tremblements, enfin tout ce qu'on surveille. En général, les patients sont clairs, ce n'est pas leur premier sevrage, donc après, moi je trouve plus ca se passe dans la franchise, plus les choses sont posées, mieux ca se passe.

EIDE : et quand c'est lors d'une prise en charge qui n'est pas pour un sevrage ?

IDE : alors nous on a souvent ce cas là en fait, les sevrages se font un peu involontairement à l'hôpital, mais bon les gens sont assez au clair. Ils savent que maintenant à l'hôpital on ne boit pas, qu'on les perfuse pour les hydrater, ils savent très bien pourquoi donc après on pose les choses. Moi je leur dis vous êtes hydraté pour prévenir les signes de DT, ca se fait assez dans la transparence et dans la franchise.

EIDE : d'accord

IDE : en tout cas maintenant la plupart du temps c'est comme ca

EIDE : d'accord. Si je vous dis alcoolique, quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit ?

IDE : difficulté sociale, // ** dépendance, et puis ** // ouais dépendance, addicto et puis // et puis et puis //, trois mots c'est dur //. ** // solitude.

EIDE : quels sont vos ressentis lors de la prise en charge d'un patient alcoolique ?

IDE : ressentie, ** j'ai pas vraiment de ressenties particuliers , non ca dépend comment ca se passe ** // franchement c'est plus **, enfin moi j'ai commencé il y a 15 ans maintenant, c'est plus du tout la même prise en charge, des gros DT avec des gens qui sont excités dans le couloir on en voit pratiquement plus, donc ils sont assez bien traités, moi je dirais que c'est un patient comme les autres, il n'y a pas vraiment de difficultés **, non

EIDE : donc vous à votre niveau vous n'avez pas de ressenties particuliers que se soit des gens qui soit ... *(parole coupée par l'interviewé)*

IDE : non c'est un patient comme les autres

EIDE : au cours de vos études, les cours d'addictologie qui vous ont été dispensés vous ont-ils semblés suffisants pour vous permettre de prendre en charge un patient alcoolique ?

IDE : ** non, insuffisant

EIDE : en quoi n'ont-ils pas été suffisants ?

IDE : déjà, en fait, moi c'était pris en charge en même temps que la psychiatrie, ils l'ont traité avec les pathologies, les névroses et tout ça. On n'a pas eu, enfin moi je viens de Haute Savoie, donc je n'ai pas eu de formation ici, à Beaune. Nous c'était comme ça, c'était inclus dans le programme de psy et puis on n'avait pas de formation particulière par rapport à ça. Moi j'ai appris à faire des sevrages parce que j'ai travaillé en gastro sinon....

EIDE : et quels éléments vous manquent-ils dans la formation ?

IDE : la pratique en fait parce qu'un sevrage sur le papier on sait à peu près mais tout ce qu'il faut surveiller, tout ce qu'y est surveillance, après tu l'apprends dans le service, les sueurs, les tremblements, les choses comme ça, c'est en pratiquant. Moi je trouve c'est un manque de pratique.

EIDE : d'accord. Dans votre exercice professionnel, avez-vous été formé à l'addictologie notamment à l'alcool ?

IDE : alors je n'ai pas eu de formation mais par contre, moi j'ai travaillé en gastro de nuit pendant 6 mois, donc on faisait les sevrages **// sinon non, moi j'ai été formé sur le terrain.

EIDE : éprouveriez-vous le désir de faire une formation ou pas forcément ?

IDE : ** pas forcément, après peut-être des petites journées ponctuelles, mais là nous on travaille en cardiologie. Pas vraiment, non pas spécifiquement, non pas spécialement. Non

EIDE : selon vous, que pourrait apporter une telle formation aux soignants ?

IDE : // déjà la connaissance, ^^ . Il y a pleins de trucs qu'on ne connaît pas, c'est vrai. ** et puis tout ce qui est prise en charge psychologique, c'est vrai qu'on ne pousse pas beaucoup. Nous on leur dit, vous êtes là pour un sevrage, ba voilà quoi. C'est vrai qu'on ne pousse pas vraiment ce qui est derrière, le contexte social, on voit avec l'assistante sociale pour le devenir. Ils sortent, on sait très bien, enfin on sait plus ou moins qu'ils vont reboire, mais en fait c'est soigné 3/4 jours et après par rapport au devenir, ce qu'ils deviennent... Ca pourrait améliorer la prise en charge.

EIDE : est-ce que c'est quelque chose qui vous interpelle ? Le fait qu'il n'y est pas cette (*parole coupée*)

IDE : oui parce que tu te dis, les gens ont déjà fait la moitié du chemin, en faisant le sevrage, c'est le plus dur, les 4 jours sont vraiment les plus dur, ils ont fait le plus dur et après ils ne sont pas pris en charge. Ensuite, il y a le Dr M qui est pas mal. Lui, il les suit bien, il vient même dans le service mais bon il a trop de patient. Mais non c'est vrai que c'est un petit peu frustrant.

EIDE : est-ce que vous pensez que les infirmières auraient la possibilité, ou auraient certains moyens pour mettre en place un suivi ?

IDE : ** // ** ca dépend des patients. Des patients qui sont volontaires qui te demandent tu as envie de te battre un petit peu plus pour eux. Le lundi tu vas appeler l'assistante sociale alors que ca ne sera pas toujours fait pour ces patients là. Mais si c'est un patient qui vient juste pour son sevrage après il s'en va parce qu'il a réglé son problème cardiaque. Nous c'est vrai qu'on ne s'intéresse pas trop au devenir.

EIDE : d'accord. Avez-vous déjà rencontré des difficultés de prise en charge des patients alcooliques ?

IDE : ** non pas moi. Marion oui, elle a connue un joli DT (*délirium tremens*), elle. Mais non pas moi, ^^ .

EIDE : d'accord. Selon vous en quoi votre vécu personnel peut influencer votre prise en charge d'un patient alcoolique ?

IDE : ** moi j'ai travaillé en gastro je suis plus sensibilisé, tu repères plus facilement les signes et puis par rapport au faciès, c'est vrai que c'est des gens qui ont un faciès un

peu particulier. Même les gens qui ont un peu l'alcool mondain, tu les repères donc s'ils sont en sueur, un peu énervés, tremblement tu te dis oula il y a peut-être un truc, donc tu vas interpeller le médecin, faire une hydratation, les calmer un petit peu avec du Seresta® et puis voilà.

EIDE : pensez-vous que le vécu personnel des soignants dans l'équipe peut influencer la façon dont ils vont aborder le patient, dont ils vont le prendre en charge ?

IDE : oui chacun à son vécu personnel, c'est sûr que quand tu as des parents ou un entourage alcoolique, tu es peut-être un peu plus sensibilisé. Tu veux parler un genre de rejet, un truc comme ça ? Non ? Pas spécialement ?

EIDE : je n'ai pas d'hypothèse particulière. Soit être trop dans l'affect ou soit au contraire ne pas l'être du tout est ce que ...

IDE : nous c'est spéciale, c'est vrai que les gens ne viennent pas pour un sevrage donc après nous on se focalise surtout sur le problème soit cardiaque soit neurologique. Dans les suites d'AVC, on se concentre dessus et après le problème d'alcool devient périphérique, c'est que pour nous ce n'est pas le problème principal, ce n'est pas la prise en charge du patient. Ça n'influe pas, je pense, directement sur la prise en charge. Ça fait partie des surveillances et d'une prise en charge globale.

EIDE : pensez-vous que la dynamique d'équipe peut influencer la prise en charge des patients alcooliques ?

IDE : oui, oui. C'est l'affaire de tous, c'est vrai que nous, on ne passe que ponctuellement vers les patients, s'il y a un truc qu'on n'a pas repéré, et que les filles le repèrent à la toilette... C'est sûr que oui le travail d'équipe est très important. Même les ASH des fois nous alertent sur des comportements qu'on n'a pas tout de suite vus. Non c'est important.

EIDE : est-ce que le fait qu'un soignant peut se trouver en difficulté face à ce type de patient va influencer l'équipe, est-ce que ça va créer une ambiance particulière ?

IDE : // c'est difficile, c'est vrai que quand tu as un soignant qui est en difficulté avec un patient on passe la main, si c'est trop, si le patient a trop de difficultés avec les soignants, ça peut conduire à avoir des idées reçues par rapport à la prise en charge, alors que tu ne le connais pas. Déjà aux transmissions ça va être différent on va dire M. Machin est un peu comme si, comme ça, donc toi déjà ça va te conditionner un petit peu. Mais bon après il faut essayer de garder un peu de recul. Mais en général c'est vrai

que le ressenti de l'équipe, de toutes les équipes, est le bon en général. Il y a des gens, ils ne sont pas très faciles.

EIDE : et dans ces cas là est-ce que vous essayé de ne pas prendre tout de suite les ressenties ou les transmissions qu'on vous fait, d'attendre et de vous faire votre propre opinion ?

IDE : oui c'est ce qu'on fait en général. On se fait notre propre opinion, et puis souvent en fin de journée on dit : « ben tu vois, ils avaient quand même raison », ou alors ils avaient tort, souvent il y a des comportements //agressifs qui sont pas dû tout de suite à l'alcool, tu pourrais mettre ça sur le compte de l'alcool et en fait tu découvres qu'il a mal, qu'il est mal installé, il a une rétention urinaire, y a pleins de choses comme ça, donc après ce qui est bien avec le chevauchement des équipes, c'est qu'on peut te dire tiens, il est excité, il est énervé et la collègue lui fait une bladder et il est en rétention urinaire. Une fois le sondage fait, il est calme, posé enfin voilà ça n'a rien à voir. Donc après c'est vrai qu'il faut essayer d'être quand même à l'écoute des signes cliniques et puis pas trop du compo agressif ou... comment te dire, je ne vais pas te dire agressif...// ** du comportement du patient. Oui je trouve que la dynamique d'équipe c'est important. Faut en prendre, faut en laisser.

EIDE : Comment l'équipe s'organise autour de la prise en charge ?

IDE : ** comment on s'organise ? ** je ne sais pas comment te dire. Comment ca ? Sur le quotidien ?

EIDE : Oui

IDE : par rapport à un patient, comment on s'organise ** // comme un patient normal en fait, on ne s'organise pas plus. Ce qui va changer c'est les consultations addictologiques des prescriptions d'autres médecins. Mais sinon la prise en charge est identique, perfusion, médicaments, toilette, nursing... voilà.

EIDE : vous pensez régulièrement à faire appel à l'équipe d'addictologie ?

IDE : en général se sont des patients suivis, se sont des récurrents, ** après c'est pratiquement fait, j'ai envie de te dire aux urgences. Avec les ordinateurs dès que tu as un patient qui arrive pour un AVC s'il n'est pas massif, si c'est juste un petit AIT avec surveillance, ils demandent une consultation addictologique. Si ce n'est pas demandé, les médecins [du service] font la demande dans la foulée.

EIDE : vous avez le reflexe ... (parole coupée)

IDE : oui ca c'est bien

EIDE : comment percevez-vous la place du travail d'équipe dans ce type de prise en charge ? Par exemple pour les prises de décision, le choix des protocoles ?

IDE : ** je trouve que nous avons des médecins qui sont assez à l'écoute. Aux urgences les urgentistes ont une fâcheuse tendance à nous mettre les patients sous Valium®, par rapport au traitement. Je dirais que le Valium®, en service ça a tendance à plus les ensuquer, on préfère le Seresta®, les gens sont plus clairs et puis on peut plus discuter avec eux des signes avant coureur, enfin s'ils sont un peu énervés, s'ils sont... comment ils se sentent. Alors que le Valium® a tendance à trop les sédater et du coup c'est vrai que ça fait des sevrages calmes, ils sont endormis mais du coup on a moins ce relationnel, on peut moins discuter du quotidien. Mais bon nos médecins sont assez à l'écoute, si on leur demande de mettre un peu de vitamine parce qu'on soupçonne quelque chose, il vaut mieux mettre des vitamines pour rien. Non ils sont assez à l'écoute là-dessus.

EIDE : d'accord. Je vais vous demander depuis quand êtes-vous diplômée ?

IDE : je suis diplômée depuis 2007 infirmière mais avant j'étais aide soignante

EIDE : quel âge avez-vous ?

IDE : ^^ 35 ans ^^

EIDE : avez-vous des remarques supplémentaires à faire ?

IDE : non

EIDE : des choses à ajouter ?

IDE : bonne chance, bon courage

Entretien n°2

EIDE : pourriez-vous me dire comment vous voyez la relation entre un infirmier et un patient alcoolique ?

IDE : ** relation je dirais déjà ** en dehors des soins je dirais compliqué. C'est très dépendant de l'infirmier et du patient je pense, les patients alcooliques, je vais faire un cliché général, se sont souvent des gens qui sont un peu fermés. Après ça dépend de l'alcoolisme, si se sont des gens en phase on va dire pré délirium ou ils sont un petit peu tendu et puis pas sevré ; ou s'ils sont au moment du sevrage, là ils sont complètement fermés on va dire qu'il n'y a rien, la relation et quasiment // les gens partent complètement dans leur délire, on ne peut pas rentrer vraiment en relation, ils restent fermés. Nous, on n'a du mal à rentrer en relation avec les patients, discuter avec un patient qui on va dire est en période de sevrage. Après, un patient qui a des antécédents OH et qui est stable ça ne change pas grand-chose mais... // voilà après ça dépend vraiment du patient mais de l'infirmier aussi, la façon dont on l'aborde.

EIDE : d'accord. Ils sont fermés dans la parole ou dans le comportement ?

IDE : ** un petit peu dans la parole ** dans le comportement je dirais. La parole, en général, ils parlent beaucoup quand même, se sont des gens, s'ils sont en période de sevrage qui parlent beaucoup de tout et de rien. Voilà ça va pas être très ciblé ce n'est pas très**. Mais sinon si se sont des gens stables, il n'y a pas beaucoup de changement.

EIDE : si je vous dis alcoolique, quels sont les 3 premiers termes qui vous viennent à l'esprit ?

IDE : maladie, ** //, récurrence je dirais parce qu'en général se sont des gens qui ont un peu du mal à s'en sortir, et puis isolement

EIDE : d'accord. Quels sont vos ressentis lors de la prise en charge d'un patient alcoolique ?

IDE : ** je dirais que cela a un petit peu changer. Au début que j'ai pris mon poste, il y a 2 ans et demi, j'appréhender un petit peu, on va dire que quand on faisait les transmissions et que ma collègue me disait qu'il s'agissait d'un patient OH..., donc je partais en me disant... j'avais un peu peur finalement, j'appréhender un petit peu d'entrer en contact. Me faire rentrer dedans car je sais très bien que quand les gens sont un petit peu en sevrage on peut se faire insulter. Maintenant, j'ai un peu pris de l'expérience, j'ai avancé dans l'âge, le caractère aussi, mais non je suis plus sereine, je

n'hésite pas à aller au contact s'ils ont besoin, enfin pas en contact force ou violence ou quoi. L'opposition avec le patient, maintenant je n'appréhende plus du tout. Vraiment quand ils commencent à faire un sevrage, à s'exciter et tout, je n'hésite pas à appeler le médecin, ça m'est arrivé d'appeler le SMUR en bas, pour gérer le souci, quand ça rentre dans la force, après c'est plus de notre ressorts.

EIDE : c'est quelque chose qui vous faisait peur la violence au début ?

IDE : oui oui, après ça vient peut-être de mon caractère, mais quand j'ai pris mon poste oui oui oui, j'étais intimidé et j'avais peur.

EIDE : d'accord. Donc finalement vos représentations ont évoluées entre le début et (parole coupée)

IDE : je pense que oui. J'ai quand même évoluée à ce niveau là, parce que c'est un truc qui m'avais marqué alors que maintenant... Après j'appréhende plus peut-être les nuits ou l'on est 3, ça m'est arrivées d'être 3 filles, là on se sent un petit peu seule. Mais là je sais que je n'hésite pas à demander de l'aide si vraiment voilà... il ne faut pas gérer la situation seul de toute façon, il faut travailler en équipe

EIDE : vous pensez que c'est dû à quoi cette évolution mise à part l'expérience ?

IDE : peut-être d'en avoir rencontré plusieurs. Déjà parce que finalement on a souvent des patients OH. ** j'ai eu représentations sans savoir réellement ce qui allait se passer et tout mais maintenant que j'ai déjà vu des cas je sais comment ça peut évoluer. Avant je me représenter le truc, j'avais une image un peu péjorative maintenant je me rends compte que ça peut bien se passer ou pas, je peux juste appréhender ce... j'arrive à voir quand ça va partir en vrille et quand le patient est stable.

EIDE : donc si je comprends bien c'était la méconnaissance qui faisait que vous aviez peur et que vous aviez des représentations.

IDE : oui, oui oui oui c'est vrai, c'est ça

EIDE : au cours de vos études les cours d'addictologie qui vous ont été dispensés vous ont-ils semblés suffisant pour vous permettre de prendre en charge des patients alcooliques ?

IDE : ** pas vraiment. Après je peux comprendre que ce n'est pas vraiment la priorité dans tout ce que nous avons à apprendre mais les cours étaient beaucoup fondés sur la pathologie alors que moi j'aurais peut-être plus approfondi au niveau du sevrage, des DT des choses comme ça. Je pense il aurait fallu s'attarder plus sur comment gérer la

situation de crise mais les cours... bon après est ce qu'on n'a vraiment besoin d'autant de théorie, je ne sais pas.

EIDE : est-ce que le niveau psychologique a été suffisamment abordé pendant les cours ?

IDE : justement peut-être pas assez justement. Peut-être trop approfondie sur la pathologie, la carence en vitamine, bon d'accord mais... sur ça peut-être un peu moins, je pense il aurait peut fallu approfondir

EIDE : peut-être avoir plus de psychologique que... (Parole coupée)

IDE : Oui oui oui c'est ça

EIDE : sur la façon d'aborder un patient ?

IDE : oui la façon d'aborder un patient, la façon de gérer les crises, de repérer les sevrages voilà. Bon même si c'est dépendant de la personnalité de chacun, mais ça aurait été pas mal. Pas d'être mis en situation mais un petit peu de se rendre compte qu'il y a tellement de patient, enfin on ne s'en rend pas compte, c'est une maladie super rependue, il y a énormément de patient qui sont OH.

EIDE : est ce que vous pensez que si vous aviez eu cette formation, comme vous l'exposez, ça vous aurez permis d'avoir moins de représentation à l'arrivée dans le service ?

IDE : je ne sais pas, parce que j'aurais quand même eu cette appréhension mais c'est peut-être mon caractère. J'aurais quand même peut-être eu cette appréhension, mais on se représente pas ce que c'est et à quel point ça peut partir en vrille enfin... j'ai une situation d'un patient qui a fait un pré DT un jour, honnêtement je pense qu'il aurait pu tout casser dans le service, donc on peut pas se représenter quelqu'un mais après je ne pense pas... la théorie reste la théorie, tant que l'on ne la pas vécu, pour moi, c'est un peu difficile surtout quand on est étudiant

EIDE : d'accord. Dans votre exercice professionnel avez-vous été formé à l'addictologie notamment à l'alcool ?

IDE : Non pas du tout, non.

EIDE : est-ce que cela vous intéresserait d'être formé ?

IDE : oui, une formation interne sur l'hôpital oui. Ça peut, oui je pense que ça peut-être, que ça serait intéressant.

EIDE : selon vous quel serait le plus d'une telle formation apporter aux soignants ?

IDE : ** déjà approfondir nos connaissances et puis revoir un petit peu les bases parce que malgré tout il y a des choses qu'on a appris en cours et que finalement... je ne dis pas qu'on oublie mais, voilà même. Même si, mois, ça fait que 2 ans, reprendre tout ce qu'est le carences et tout honnêtement, je ne sais pas si je pourrais me rappeler et tout réexpliquer. Oui je pense que ça pourrait aider. C'est comme toute formation, c'est forcément un plus sur nos connaissances personnelles, apprendre des autres

EIDE : d'accord. Avez-vous déjà rencontré des difficultés lors de la prise en charge des patients alcooliques ?

IDE : oui. Notamment cette fois qui m'a assez marqué. Un patient en pré DT, en phase vraiment de sevrage avancé qui était ingérable. C'était surtout difficile dans le sens où j'avais 20 patients à gérer et que j'avais 20 patients + lui. Ce n'est pas comme aux urgences où on est plusieurs et on ne s'occupe que de lui. Moi, j'étais toute seule avec mes collègues aide soignantes, il déambuler dans tout l'étage, il s'énervé, il descendait dans le hall donc il fallait remonter, descendre. Enfin voilà, il fallait gérer lui, donc l'état de crise + les autres patients qui ne sont pas toujours stables non plus. Ça prend de l'énergie, on est impuissant face à lui, de toute façon on a beau dire quoique se soit... Après dans les situations, c'est un peu difficile. Dans le quotidien, un petit peu l'agressivité des patients, ou le fait qu'ils soient tellement fermés, que du coup on a l'impression qu'on ne peut rien faire pour eux, quoiqu'on leur dise, quoiqu'on fasse de toute façon dans la prise en charge, dans leur prise en charge, dans tout les cas c'est difficile, parce que ce sont des patients qui ne suivent pas forcément très bien leur traitement. Après c'est une globalité, il y a des gens OH qui s'en sortent très bien.

IDE : pour vous c'est difficile à gérer en service ?

IDE : oui c'est surtout ça, le fait d'avoir une charge de travail, ça donne une grande charge de travail en plus, il faudrait vraiment s'occuper que de ce patient. On ne lui accord pas assez de temps je pense. On n'a pas assez de temps à lui accorder. Donc c'est surtout ça

EIDE : selon vous, pourquoi vous-êtes vous trouvez en difficulté ?

IDE : comme je l'ai dit tout à l'heure, ça fait pas très longtemps que je suis là. Ça devait faire 6 mois donc j'étais encore dans l'appréhension et en plus dans le manque de temps, parce que comme je le disais j'avais le service à gérer et il fallait toujours que j'ai un œil sur lui. Dans cette situation là ou en général ?

EIDE : en général

IDE : ** c'était quoi la question ?

EIDE : ^^ Selon vous, pourquoi vous êtes-vous trouvez en difficulté ?

IDE : à oui. Je dirais au début par mon manque d'expérience en premier lieu et par manque de temps et par la charge de travail, si j'ajoutais un peu tout, ça serait ça

EIDE : c'est le tout qui fait que...

IDE : oui voilà

EIDE : d'accord. Selon vous, en quoi votre vécu personnel peut influencer votre prise en charge d'un patient alcoolique ?

IDE : ** après c'est l'expérience professionnelle, mais aussi dans le vécu personnel. Est ce que l'on est habitué, entouré par la violence, c'est notre caractère, la façon dont nous réagissons. Les gens qui sont habitués, entouré de violence, ne seront pas choqués, après je dirais... ** c'est compliqué je sais pas comment...

EIDE : par exemple, est-ce que vous, votre vécu personnel influence la façon dont vous prenez en charge vos patients ?

IDE : à bien oui, de tout façon je dirais que notre vécu personnel influence dans tout ce que nous faisons, la façon dont on est, donc oui peut-être que... Moi je n'ai pas d'expérience là-dedans, personnelle donc moi ça ne va pas m'influencer moi personnellement mais je pense que notre façon d'être joue forcément.

EIDE : quels sont les facteurs qui peuvent influencer la prise en charge ?

IDE : // les facteurs qui peuvent influencer la prise en charge... donc nous, la façon dont on va.... Et bien je reviens à tout ce que j'ai dis. L'environnement, je pense, déjà, le contexte familial aussi, la personne par le biais de la famille, les enfants, la femme, on peut inclure beaucoup la famille dans la prise en charge. On s'adresse aussi beaucoup à la famille parce que le patient, quand il est un petit peu dans le déni ...Après, il y a aussi le travail avec le médecin ou l'équipe d'addictologie aussi, si elle rentre en ligne de compte. Ils ont le temps de se poser, ils ont un entretien un peu plus long avec lui, finalement le temps que nous on ne peut pas avoir avec le patient. Eux, ils nous relatent des choses, des grands moments, si le patient se confie à eux et tout ça, va changer la prise en charge.

EIDE : pensez-vous qu'il s'agit d'un pallier intéressant de passer par l'addictologie ?

IDE : oui, de toute façon ils sont experts. Nous on les voit beaucoup pour le tabac quand même donc finalement je pense qu'on ne s'en sert pas autant que l'on devrait. A mon avis, les consultations d'addictologie ne sont pas demandées régulièrement et je crois

qu'on devrait faire appel à eux plus souvent. Après, nous les patients, on les voit à court terme donc bon sur 1 semaine on ne va pas régler leur problème alcool, et puis il n'est pas là pour ça, donc, à la limite ce n'est pas qu'on s'en fiche mais on règle le problème de sevrage, je lui donne vitamine, Seresta® et puis point. Donc après, oui je pense que le passage par l'hôpital peut créer un lien avec l'addictologie pour qu'après à l'extérieur il soit suivi en externe, c'est peut-être un facteur déclenchant d'une prise en charge. Il ne serait peut-être pas venu de lui-même, tiens je vais voir l'addictologie et le suivi et tout ; mais du coup il passe là, alors nous on le met en relation avec l'équipe d'addictologie, c'est un premier pas, c'est à lui, c'est dépendant du patient.

EIDE : selon vous qu'est ce qui fait que l'équipe d'addicto n'est pas solliciter autant qu'elle le devrait ?

IDE : parce qu'on est dans un service de médecine, on se consacre beaucoup sur le coté clinique. S'il y a un problème d'urologie on va demander à l'urologue, pour le cardiologique on va demander au cardiologue. Je dirais que l'alcoolisme est une pathologie plus psychologique. Je ne dis pas qu'on met le psychologique à part ici, mais ** finalement ca ne sera pas le truc que l'on va régler en premier. C'est triste à dire mais ce n'est pas le souci premier, on traite vraiment la phase critique du patient, le garder le moins longtemps possible voilà c'est comme ca. Finalement, on ne s'en occupe pas spécialement, parce que je pense que ce n'est pas la priorité, clairement.

EIDE : d'accord. Pensez-vous que la dynamique d'équipe peut influencer la prise en charge des patients ?

IDE : oui. Après c'est difficile parce qu'on est sur un poste de 8h, on va être d'une certaine façon avec le patient et celle d'après-midi est différente. C'est sûr que le patient peut nous dire : « oui ben votre collègue fait si, vous faite pas ça ». Mais oui c'est bien de se concerter, rien que dans les transmissions de dire vraiment « moi je le trouve comme ca », enfin oui c'est bien de se mettre d'accord sur le comportement du patient, et si ca évolue justement.

EIDE : d'accord. En quoi cette dynamique d'équipe impact la prise en charge du patient ?

IDE : ** ben rien que déjà pour **... si on inclut le médecin on peut dire au médecin ca peut être bien d'appeler l'addictologie. S'il n'y pense pas, on leur glisse. Ca peut ouvrir des portes sur l'équipe d'addictologie. Après, le patient parfois est fermé, nous on a du mal avec lui mais peut-être que lui aussi a du mal avec nous, c'est bien qu'il voit

d'autres personnes comme ça s'il sent que ça passe pas avec une infirmière, ça arrive, il peut se confier à quelqu'un d'autre.

EIDE : d'accord. Comment percevez-vous la place du travail d'équipe dans ce type de prise en charge ?

IDE : ** // c'est au centre, c'est la base de tout ce que l'on fait. C'est un peu compliqué...

EIDE : est-ce que ça a une place particulière dans la prise en charge des patients alcooliques ?

IDE : Oui, enfin ce n'est pas le truc le plus important, le problème alcoolique. Si le patient ne pose pas de problème on n'ira pas forcément chercher plus loin.

EIDE : d'accord. Depuis quand êtes-vous diplômée ?

IDE : décembre 2010

EIDE : quel âge avez-vous ?

IDE : 24 ans

EIDE : est-ce que vous avez des choses à ajouter, des remarques ?

IDE : non rien. Enfin, je pense que c'est surtout la personnalité du soignant, c'est la façon dont nous, on va se comporter avec les patients qui va beaucoup influencer le comportement du patient en lui-même. Après pour tout, alcoolique ou pas, mais ils sont déjà un petit peu borderline donc je pense que si nous les abordons... il faut peut être pas trop rentrer dans la force à mon avis pour déclencher ses nerfs ou pas.

Entretien n°3

EIDE : pourriez-vous me dire comment vous voyez la relation entre un soignant et un patient alcoolique ?

IDE : compliqué. Ca dépend ** //, compliqué quand les gens sont dans le déni, délicat quand ils ne le sont pas. C'est vrai que nous avons moins de patient alcoolique que dans l'autre service, ce n'est pas une habitude non plus. Donc voilà je dirais compliqué

EIDE : en quoi est-ce compliqué ?

IDE : dans l'approche parce que je me dis que les patients qui sont dans le déni, il ne faut surtout pas en parler. Les patients qui le sont pas, jusqu'ou on peut aller aussi. S'il y a une prise en charge addictologique, ce n'est pas plus facile. Ce n'est pas facile à se positionner.

EIDE : d'accord, c'est au niveau du positionnement, vous ne savez pas ou vous positionner par rapport au patient ou par rapport à l'équipe ?

IDE : par rapport au patient. Savoir ce qu'on lui dit ou pas, c'est quand même son intimité. C'est une pathologie aussi mais c'est son intimité, enfin, voilà au niveau de la pudeur, on a chacun nos limites et là-dedans on ne fait pas une prise en charge que de l'alcoolisme, on fait une pathologie à côté de l'alcoolisme, donc ce n'est pas le premier problème. Donc on n'a pas à rentrer dedans forcément.

EIDE : si je vous dis alcoolique quels les 3 premiers termes qui vous viennent à l'esprit ?

IDE : // perte d'autonomie, déni et ** // pathologie

EIDE : quels sont vos ressenties lors de la prise en charge d'un patient alcoolique ?

IDE : // comment dire // je n'en sais rien, je pense que ça recoupe la première question

EIDE : au cours de vos études, les cours d'addictologie qui vous ont été dispensés vous ont-ils semblés suffisants pour vous permettre de prendre en charge un patient alcoolique ?

IDE : // non ce n'est jamais suffisant, il faut faire sur le terrain en plus

EIDE : qu'est ce qui vous a manqué ?

IDE : c'est toujours la pratique. La différence entre la théorie et la pratique, c'est ce que je disais pour la première question c'est propre au patient avec son vécu, voilà il faut.... C'est une prise en charge individuelle appropriée à chaque patient. La théorie c'est bien

mais il faut avoir vu beaucoup de patients qui ont cette pathologie pour apprendre à travailler avec eux.

EIDE : donc, les apports vous on semblés suffisant pour ce qu'on peut aborder en théorie ?

IDE : oui la base, oui sur les bases

EIDE : au cours de votre exercice professionnel, avez-vous été formé à l'addictologie notamment à l'alcool ?

IDE : non, sans plus.

EIDE : selon vous que pourrait apporter une telle formation aux soignants ?

IDE : // une formation sur l'addictologie ?

EIDE : oui

IDE : ** justement le positionnement par rapport au patient. Des réponses aussi pour les patients qui ont envie de se soigner, des structures, des possibilités de cures, on en connaît mais pas tout. Les patients posent des questions, on les renvoie vers l'addictologie, il y a peut-être des choses qu'on pourrait plus facilement aborder avec eux. Quand on ne sait pas on renvoie vers l'addictologie, on sait qu'ils vont les voir.

EIDE : quand vous parlez du positionnement, vous pensez soit être dans l'empathie soit être cadrante ?

IDE : se ne sont pas des patients que l'on rencontre tous les jours, je ne sais pas s'il faut rentrer dans le vif du sujet ou s'il faut prendre des détours, moi en général je prends des détours. Jusqu'où le patient veut bien aller, et, on en discute ou on n'en discute pas. Si les portes sont ouvertes, c'est surtout comment lancer l'approche

EIDE : comment lancer la discussion, c'est difficile ?

IDE : oui

EIDE : est-ce que vous pensez qu'il y a des clés pour entrer plus facilement en relation ?

IDE : comme dans tout, je pense qu'il y a des théories qui peuvent s'appliquer en général et après à réadapter patient par patient. Donc, oui il y a peut-être des choses qu'il n'y a pas dans la formation purement infirmière qu'une formation comme celle-ci peut apporter.

EIDE : avez-vous déjà rencontré des difficultés lors de la prise en charge des patients alcooliques ?

IDE : ** oui, // on est censé ne pas être dans le jugement et des fois c'est compliqué. J'ai l'exemple d'un patient qui doit avoir une quarantaine d'année et qui était quasi

grabataire, il marcher mais à côté de ça plus rien. Niveau cérébral, plus rien, il était complètement incontinent, voilà à 40 ans et juste dû à l'alcool et c'est vrai que c'est une pathologie mais c'est décevant aussi de // quand il y a le jugement qui arrive. C'est plus facile devant un alcoolique de penser des choses comme ça !! C'est vrai qu'on se dit zut mais...

EIDE : d'après ce que je comprends parfois vous vous sentez dans le jugement face à ces patients ?

IDE : c'est juste des idées qui traversent en se disant zut il a 40 ans, il est comme ça, il aurait pu faire autrement, c'est dommage et je trouve que c'est plus difficile // quand dans certain moment il y a du jugement mais pas verbalisé. Je pense qu'il y a plus de réticence qu'un patient grabataire à cause d'un truc pour lequel « il y peut rien ».

EIDE : sur le moment vous vous rendez compte de ce jugement ou plus tard ?

IDE : je m'en rends compte sur le moment, heureusement, je fais en sorte que ma prise en charge soit la même que pour les autres. Si je m'en rendrais compte après, il y aurait une différence, ça ne serait pas bien

EIDE : vous disiez que : « pas de sa faute », pouvez-vous m'en dire plus ?

IDE : il y a des facteurs on est d'accord. C'est dans le sens où l'alcoolisme c'est comme le tabac. J'ai fumé, j'ai arrêté, je sais ce que c'est. Mais on se dit, je parle dans les cas extrêmes, pour en arriver là à cet âge là. Quand on parle d'alcoolisme j'ai toujours ce patient en tête. Il y a certainement une histoire de vie pour qu'il se mette à boire, il a peut-être pas arrêté parce qu'on l'a peut-être pas aidé, mais ** je pense qu'inconsciemment, c'est comme le tabac, il pourrait arrêter, il y a des solutions, voilà. Certainement qu'il n'a pas eu l'aide qu'il fallait au moment où il fallait, mais ** c'est quand même une pathologie qui avec de la volonté et de l'aide peut-être enrayé plus facilement que d'autre. Je pense que le jugement vient à ce moment là, après bien entendu ça reste une pathologie.

EIDE : selon vous, pourquoi vous êtes-vous trouvez en difficulté ?

IDE : ça rejoint ça, cette histoire de jugement, enfin... // après je pense que pour toute pathologie ça peut nous renvoyer sur des choses personnels, familiales, peut-être aussi que c'est une pathologie qui me gêne plus dans mon vécu. C'est plutôt ça, il y a du jugement parce qu'au niveau personnel ça peut toucher. C'est tout, je pense que c'est comme à certains moment, une dame d'un certain âge va me toucher plus que quelqu'un d'autre parce qu'elle va me faire penser à ma grand-mère. Je pense que c'est quand ça

touche le personnel que c'est difficile à gérer. Je pense que l'alcoolisme peut gêner un peu plus

EIDE : votre vécu influence forcément la façon dont vous allez prendre en charge le patient ?

IDE : dans la façon où je vais l'appréhender intérieurement, pas la prise en charge parce que, je pense, j'essai et j'arrive à faire la même chose pour tout le monde

EIDE : intérieurement ça vous fait quelque chose ?

IDE : oui

EIDE : ça vous touche ?

IDE : oui

EIDE : quels sont les facteurs qui peuvent influencer la prise en charge ?

IDE : // comme je disais tout à l'heure. La prise en charge du patient par rapport à la pathologie ou par rapport à l'alcoolisme ?

EIDE : que se soit pour un patient alcoolique ou pour une autre pathologie.

IDE : ** je pense que l'on revient toujours au même. La manière dont le patient veut qu'on le prenne en charge, ce que je disais, sa façon d'appréhender le soin lui aussi, est-ce qu'il nous laisse la place ou pas. Le patient alcoolique quand on le prend en charge pour une autre pathologie est parfois sur la défensive, je pense que c'est son approche à lui de sa pathologie qui va influencer comment on va le prendre en charge.

EIDE : pensez-vous que la dynamique d'équipe peut influencer la prise en charge d'un patient ?

IDE : oui comme toute prise en charge, parce que là pour le coup ce n'est pas que...

EIDE : remarquez-vous une spécificité dans la prise en charge d'un patient alcoolique ?

IDE : non pas dans le service là

EIDE : comment percevez-vous le travail d'équipe dans ce genre de prise en charge ?

Est-ce qu'il a une place particulière ?

IDE : on n'est pas dans un service spécialisé donc il n'y a pas plus de chose de faite autour de ça qu'autour d'autre chose

EIDE : l'organisation va rester la même entre les deux patients ?

IDE : oui

EIDE : depuis quand êtes-vous diplômée ?

IDE : 7 ans, juin 2005

EIDE : quel âge avez-vous ?

IDE : 29 ans

EIDE : avez-vous des choses à ajouter, des remarques ?

IDE : non

Annexe VIII : L'analyse des entretiens

	Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3
Relation soignant/soigné	Franche, recadrer, transparence, pas de difficultés particulières lors de la prise en charge,	Compliqué, dépendante de l'infirmier et du patient, parfois on ne peut pas rentrer du tout en relation, quand le patient est calme ça ne change pas grand-chose,	Approche compliquée, déni, délicate. Faut-il en parler ou pas ? positionnement pas facile. Intimité, pudeur, limites, patient sur la défensive
Représentations/ ressentis	Difficulté sociale, dépendance, solitude, idées reçues, tu vas te conditionner, il faut garder du recul, on se fait notre propre opinion, comportement agressif qui sont pas forcément dûe à l'alcool Prise en charge frustrante	Maladie, récurrence, isolement, agressivité Gens un peu fermés (dans le comportement), Peur, insultes, intimidée, appréhension de l'entrée en contact, image péjorative, méconnaissance, Evolution des représentations dûes : expérience, maturité, connaissance de la pathologie Les ressentis ont évolués depuis le début de l'exercice Sentiment d'impuissance face au patient	Perte d'autonomie, déni, pathologie, décevant, réticence, On est censé ne pas être dans le jugement et des fois c'est compliqué. c'est quand même une pathologie qui avec de la volonté et de l'aide peut-être enrayée plus facilement que d'autre
Formation initiale et continue	Inclus dans le programme de psychiatrie, insuffisant, manque de pratique, manque d'information sur les surveillances, formée sur le terrain, apport de connaissances, pas de formation en continu et pas d'envie de formation	Formation initiale insuffisante, manque au niveau des connaissances sur le sevrage, gestion de la situation de crise, aspect psychologique La formation n'aurait peut-être rien changé aux appréhensions, la théorie reste la théorie,	Formation initiale suffisante, manque d'expérience sur le terrain. La différence entre la théorie et la pratique. Pas de formation en continu. Selon elle, cela pourrait apporter une aide sur la façon de se positionner face au patient, les différentes structures, cures. Certaines

		Pas de formation continue mais elle est intéressée pour approfondir/revoir les connaissances,	questions posées par le patient pourraient être traitées par le corps médical directement sans renvoyer les patients auprès de l'addictologie, comment entrer en relation avec le patient.
Pluridisciplinarité /prise en charge/ travail d'équipe	<p>Prise en charge psychologique, Contexte social, travail avec l'assistante sociale</p> <p>Travail en équipe, suivi du devenir. Le problème d'alcool n'est pas le centre de la prise en charge car ce n'est pas un service spécialisé, le problème d'alcool est périphérique, les surveillances font parties de la prise en charge globale mais c'est tout.</p> <p>C'est l'affaire de tous, travail d'équipe important, on passe la main si besoin</p> <p>. Pas d'organisation particulière en fonction de la pathologie alcoolique, les médecins sont à l'écoute, Service d'addictologie cité.</p>	<p>Appel aux équipes d'urgence en cas de besoin, concertation d'équipe, transmissions, place des infirmiers de parfois soumettre des informations aux médecins (hydratation, consultation addictologie), se servir des collègues si la relation ne se fait pas entre un patient et un infirmier, passer la main. Travail d'équipe c'est la base,</p> <p>A déjà rencontré des difficultés lors d'une prise en charge. Cause des difficultés : manque de temps/charge de travail, patient qui demande beaucoup d'attention, manque de personnel, patient qui requiert de l'énergie, manque d'expérience, appréhension de sa part face à la prise en charge.</p> <p>Le problème alcool secondaire par rapport au service qui n'est pas spécialisé. Pathologie plus psychologique donc pas vraiment la priorité. Elle ressent qu'on n'offre pas assez de temps au patient pour le prendre en charge</p>	<p>L'alcoolisme n'est pas le premier problème, on à pas à rentrer dedans forcément</p> <p>Selon elle, malgré ses représentations qu'elle garde intérieurement elle parvient à prendre en charge les patients sans distinction.</p> <p>La prise en charge dépend du patient et de la place qu'il veut bien donner au soignant. Pas de prise en charge particulière en fonction de la pathologie alcoolique, l'organisation de travail est la même.</p>

		correctement. La prise en charge dépendant : de l'environnement, contexte familial, prise en charge pluridisciplinaire, Service d'addictologie cité. Selon elle pas assez sollicité. Se servir du passage par l'hôpital pour créer un lien avec le service d'addictologie.	
Vécu personnel	Travail en Gastroentérologie avant donc plus sensibilisée, repère au faciès, le vécu influence la prise en charge	Notre caractère, expérience professionnelle ET vécu personnel, la façon d'être joue forcément	Le jugement vient quand ça touche le niveau personnel, familial, Cette pathologie la gêne dans son vécu personnel. Quand ça touche le personnel c'est difficile à gérer, Selon elle le vécu personnel influence la façon d'appréhender intérieurement la prise en charge,
Informations personnelles	Temps d'exercice : 6 ans Age : 35 ans Sexe : femme	Temps d'exercice : 2 ans et demi Age : 24 ans Sexe : femme	Temps d'exercice : 7 ans Age : 29 ans Sexe : femme

Nom de l'étudiant : Christelle Cameau

Titre du mémoire : patients alcooliques : entre représentation et prise en charge / alcoholic patients : between representation and management.

Résumé :

Introduction : mon travail traite de l'alcoolisme et des représentations que les infirmières ont des patients alcooliques. J'ai voulu étudier l'impact de ces représentations sur la prise en charge de ces patients.

Méthode : afin de confronter la théorie récoltée dans mon cadre conceptuel et la pratique des soignants sur le terrain, j'ai réalisée des entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide crée par mes soins. J'ai interviewé trois infirmières d'un service de médecine non spécialisé dans le domaine de l'alcoologie.

Résultats : les infirmières ont reconnus avoir certaines représentations qui n'influent pas forcément, selon elles, sur leur prise en charge au quotidien. Toutes trouvent la relation soignant/ soignant particulière quand le patient est en état de sevrage. Ce pré-test m'a permis de mettre en exergue les biais et les réajustements possibles de mon outil d'enquête.

Mots clefs : alcoolisme, prise en charge, représentation, influence, maladie

Abstract:

Introduction: My work deals with alcoholism and the representations that nurses have of alcoholic patients. I wanted to study how these representations impact the management of these patients.

Method: to confront the theory collected in my conceptual part and the healthcare providers' practice in wards, I conducted semi-directive interviews thanks to a guidebook created by myself. I interviewed three medical ward nurses who are non-specialized in alcoholism.

Results: the nurses recognized having representations. According to them, this has no impact on their daily management. All of them agree that the healthcare provider - patient relationship is special when the patient is going through the weaning process. This pre-investigation helped me underline the slant and readjustment possible for my research tool.

Key words: alcoholism, management, representation, influence, disease