

Anne-Laure Stalder
Volée automne 2004

PROGRAMME DE FORMATION D'INFIRMIERES,
INFIRMIERS HES

La prise en charge infirmière de l'alcoolisme
en milieu hospitalier

Entre perceptions et réalité

Mémoire de fin d'études présenté à la Haute école de la santé
La Source

LAUSANNE

2008

Directeur de mémoire : Gilles Bangerter

Remerciements :

Je tiens à remercier, en premier lieu, l'institution et les soignants qui ont accepté de participer à notre enquête et sans qui cette recherche n'aurait pu être réalisée.

Je tiens également à remercier chaleureusement Gilles Bangerter, directeur de mémoire, pour sa disponibilité, son écoute ainsi que ces précieux conseils qui m'ont guidé durant la réalisation de ce travail de fin d'études.

Mes remerciements vont également auprès des groupes d'Alcoolique Anonyme que j'ai rencontré dans le cadre de l'élaboration de ce travail. Un grand merci à François pour son accueil et son franc-parler.

Je souhaite également exprimer ma gratitude auprès de Céline et Eric pour leur soutien et les heures passées à corriger les fautes d'orthographe et de syntaxe de ce mémoire.

En dernier lieu, je souhaite remercier mes camarades de volée pour l'aide et le soutien dont ils ont fait preuve et tout particulièrement Sandra qui m'as permis à plusieurs reprises de garder le cap.

Un grand merci à tous.

Résumé :

Cette recherche a pour but d'explorer les représentations qu'ont les infirmières autour de la personne qui souffre d'une dépendance à l'alcool afin de mettre en évidence leurs influences sur la prise en charge proposée dans le cadre d'une hospitalisation dans un milieu de soins aigus. Ainsi cette recherche poursuit deux objectifs principaux : l'identification du contenu des représentations véhiculées au sein de la profession infirmière ainsi que la mise en évidence de l'impact de ces représentations sur les interventions infirmières.

Afin de réaliser cette recherche, le choix de la population s'est porté sur quatre infirmières exerçant toutes dans des milieux de soins aigus. J'ai ainsi pu récolter les données nécessaires à cette recherche, par des entretiens menés avec ces infirmières.

Ce mémoire de fin d'étude est un travail de recherche qualitative basé sur une démarche hypothético-déductive. En d'autres termes, le processus réflexif, la pose d'un cadre de référence ainsi que la mise en évidence d'une hypothèse sont des étapes qui précèdent la recherche empirique. C'est la confrontation, des éléments identifiés durant la recherche sur le terrain et des éléments théoriques issus du cadre de référence qui vont permettre l'analyse des données et la mise en évidence des résultats significatifs.

Les principaux résultats de cette recherche démontrent que, d'une part, les représentations des infirmières interrogées sont relativement proches de la réalité qu'elles observent dans leur pratique journalière. Ainsi, leurs perceptions ne sont pas nécessairement de l'ordre des préjugés ou des idées reçues. D'autre part, les résultats démontrent une carence en lien avec les soins relationnels et dans la création d'un lien de confiance avec le patient alcoolique. Cependant l'origine de cette carence identifiée dans la prise en charge ne se rapporte pas nécessairement au contenu des représentations qu'ont les infirmières autour de la personne alcoolique, mais c'est davantage les représentations de leur rôle qui limitent la prise en charge à des actions essentiellement techniques.

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de son auteur et en aucun cas celle de la Haute école de la santé La Source.

Tables des matières :

1. Introduction	page 1
1.1 Problématique	page 2
1.2 Hypothèse	page 4
1.3 Question de recherche	page 4
2. Méthode	page 5
2.1 Instrument d'enquête	page 6
2.2 Echantillon	page 6
2.3 Réalisation de l'enquête	page 7
2.4 Réalisation de l'analyse	page 8
3. Cadre de référence	page 9
3.1 L'alcoolisme & la personne dépendante à l'alcool	page 9
3.2 Le soin, l'activité soignante	page 13
3.3 Les représentations	page 18
4. Présentation des résultats	page 21
4.1 La personne alcoolique	page 21
4.2 La prise en charge	page 21
4.3 Les difficultés	page 22
5. Analyse et discussion des résultats	page 23
5.1 La personne alcoolique	page 23
5.2 La prise en charge	page 26
5.3 Les représentations	page 29
5.4 Synthèse	page 31
6. Perspectives professionnelles	page 32
7. Limite de l'étude, critique du travail	page 34
8. Conclusion	page 35
9. Bibliographie	page 36

1. Introduction :

L'envie de réaliser cette recherche trouve son origine dans les observations réalisées lors de mes expériences de stage. J'ai ainsi pu reconnaître que l'alcoolisme était souvent une pathologie face à laquelle les soignants se sentaient démunis. Ainsi, les interventions infirmières proposées dans le cadre d'une pratique hospitalière sont souvent pauvres et la maladie dont ces patients souffrent n'est pas toujours prise en compte dans le projet de soins. Ainsi, j'observe d'un côté une demande croissante de soins vis-à-vis d'une maladie dont la prévalence est importante en Suisse, et de l'autre côté des services de soins qui éprouvent des difficultés à répondre à cette demande.

C'est donc dans la perspective de mieux comprendre cet écart entre les demandes de soins en perpétuelle évolution et la réponse parfois lacunaire des services de soins que je réalise cette recherche. Face à cette maladie qui, selon l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), touche près de 300'000 personnes dans notre pays, la mobilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé est primordiale. De plus, l'importante morbidité de cette maladie, qui a pour conséquence l'apparition de problématiques de santé variées, peut déboucher sur une hospitalisation dans divers services de soins aigus. Ainsi, l'ensemble du secteur sanitaire est concerné par cette pathologie.

De ce fait, l'infirmière peut être amenée à rencontrer une personne souffrant de dépendance à l'alcool dans de nombreux lieux de soins, d'où la nécessité pour elle de comprendre ce qu'est la pathologie alcoolique et ce qu'on peut proposer dans un milieu de soins aigus. Le traitement des personnes alcooliques n'est plus uniquement le souci des institutions psychiatriques ou établissements spécialisés.

Outre les constatations faites au sein des services hospitaliers, je me rends compte qu'en Suisse, on accorde une place privilégiée à l'alcool. Cependant la personne alcoolique ne bénéficie pas du même piédestal qu'on veut bien accorder à la substance qui constitue l'origine de son mal. Cet écart résonne en moi comme une injustice et de ce fait représente une motivation d'aborder ce sujet.

Alors pourquoi des personnes qui prisent par un mal dont une part de ses origines incombe à la pression sociale, ne sont-elles pas toujours considérées comme des personnes malades qui nécessitent des soins ? Dans quelles mesures, nos perceptions diffèrent entre une personne souffrant de diabète et une autre souffrant d'alcoolisme ? Voici le questionnement qui a motivé le choix de cette thématique.

De ce questionnement découle l'aspect des perceptions, autrement dit des représentations sociales de l'alcoolisme. Il existe une quantité de valeurs partagées par les individus constituant notre société autour de la personne alcoolique. Ces valeurs essentiellement négatives sont potentiellement partagées par les infirmières qui vont être amenées à s'occuper de patients alcooliques. Ainsi, l'importance de comprendre le contenu de ces représentations apparaît comme une possibilité d'amélioration de la qualité des soins.

Selon moi, la question des représentations constitue l'une des sources des difficultés que rencontre le système de santé pour répondre aux besoins de la personne alcoolique hospitalisée. Dès lors, ce travail va me permettre de vérifier cette hypothèse.

1.1 Problématique:

Durant des années, l'alcoolisme était considéré comme un vice. Le sujet alcoolique était assimilé à une personne faible qui jouissait de ses ivresses malsaines. Jusqu'au XIXème siècle, l'alcoolisme n'était pas reconnu comme une maladie et ce phénomène ne suscitait aucune inquiétude quant à son incidence sur l'état de santé des consommateurs. Il faudra attendre la révolution industrielle et l'installation d'un prolétariat de plus en plus pauvre pour voir s'établir une consommation excessive. L'alcool devient alors très vite la solution pour beaucoup de personnes pour supporter des conditions de vie et de travail pénibles.

Dès lors, le regard que l'on portait sur l'alcoolisation massive change considérablement et devient l'un des principaux problèmes sanitaires du XIXème siècle. Ce nouveau fléau social va aboutir à une idéologie anti alcoolique forte, qui considère l'alcoolique comme un homme vicieux, un délinquant social et l'alcool comme un produit diabolique. Ce courant de pensée s'accompagne d'une prise en charge essentiellement moralisatrice et punitive qui associe le traitement à un enfermement psychiatrique et carcéral.

En parallèle, les travaux du médecin suédois Magnus Huss voient le jour et introduisent la notion d'alcoolisme chronique inconnue jusqu'alors. Il révolutionne le monde médical, en décrivant l'alcool-dépendance par des critères médicaux observables. Toutefois, c'est seulement quelques années après la deuxième guerre mondiale que l'image de l'ivrogne intempérant et faible se voit contrecarrée par les travaux faisant part des mécanismes qui interviennent lors de phénomènes de dépendance. Dès lors, la personne alcoolique devient une personne malade dont le traitement incombe aux compétences de la médecine.

Cette avancée dans la considération de la personne alcoolique représente cependant une entrave à la liberté du patient. Selon Maisondieu (1996, p.21), « faire de l'alcoolique un sujet dépendant, c'est l'aliéner comme sujet désirant ». En d'autres termes, cette nouvelle définition vient annuler la notion de choix. Si l'alcoolique boit en trop grande quantité c'est parce qu'il est malade. Ainsi, la dépendance explique tout. Cette définition du phénomène accorde à l'alcool-dépendance une place dans la prise en charge médicale et limite les représentations négatives du sujet alcoolique. Néanmoins, elle peut mener à des travers : d'une part, le soignant va se focaliser sur l'alcool comme seul problème sans rechercher les éléments qui ont poussé la personne soignée à boire trop. D'autre part, cela peut pousser le consommateur à continuer ses conduites à risque, seul moyen pour lui de s'affirmer en tant qu'homme libre.

De nos jours, malgré la reconnaissance de l'alcoolisme comme étant une maladie, il subsiste de nombreuses idées reçues autour du sujet alcoolique. On remarque que, dans nos contrées, il existe toute une culture en lien avec la consommation de boissons alcoolisées. En plus d'y être produit en grande quantité, l'alcool s'invite dans la vie de chacun que ce soit lors de célébrations ou de manière plus régulière. Prônée dans certains milieux, la consommation d'alcool est autorisée et habituelle. Cependant, celui qui ne gère plus sa consommation et se voit sombrer dans l'enfer de l'alcoolisme est montré du doigt et mis de côté par la même société qui lui a maintes fois tendu le verre. Ainsi, on remarque clairement l'opposition des représentations ; d'une part consommer de l'alcool permet en partie la socialisation de l'adulte et d'autre part, la personne qui consomme en dessus des limites socialement admises est stigmatisée.

Actuellement, selon l'institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, on estime à 300'000 le nombre de personnes qui souffrent d'alcool-dépendance.

Avec 8.6 litres d'alcool par habitant en 2006, la Suisse est dans le « top ten » des pays qui consomment le plus d'alcool dans le monde (Institut suisse de la prévention de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies, 2007, en ligne). La consommation d'alcool en Suisse reste un des principaux problèmes de santé publique, car ce produit psycho-actif et toxique est responsable de troubles digestifs, hépatiques, cardiovasculaires, neurologiques ou encore psychiatriques. De surcroît, il représente un potentiel destructeur de l'équilibre social, professionnel et économique.

Cette réalité justifie l'importance de l'existence d'une action préventive tant à un niveau primaire, secondaire que tertiaire, et ce dans différents milieux de soins (ambulatoire, centre de soins en alcoologie ou service d'hospitalisation). Selon plusieurs études menées dans les hôpitaux généraux, on estime qu'environ 20% à 25% des personnes hospitalisées présentent soit une alcoolo-dépendance soit une consommation excessive (Guillo, 2005, en ligne).

Ce constat pose la question de l'accompagnement de la personne alcoolique par l'infirmière en milieu de soins aigus. En effet, l'hospitalisation représente une coupure dans le continuum de vie d'une personne et ce n'est pas rare, lors de pathologie alcoolique, de voir apparaître certains effets dû au sevrage ou à la diminution de la consommation. En ce sens, le caractère exceptionnel d'une hospitalisation devient un lieu adéquat à l'amorce d'une thérapie brève en alcoologie. Cette action s'inscrit dans une dimension secondaire et tertiaire dans le sens où les facteurs de risques ou la maladie sont déjà présents. On cherchera donc à retarder l'apparition des complications.

Cependant, il n'est pas aisé pour les soignants de parler d'alcool avec le patient. Dans ce type de situation, on retrouve le rôle des représentations sociales de l'alcool, ainsi que les stratégies du patient pour minimiser la consommation. Ce contexte particulier met les soignants en difficulté quant à la création d'une relation de confiance entre les deux parties. Cela débouche sur une altercation où chacun tente de convaincre l'autre du bien-fondé de ce qu'il avance. Ce débat stérile va non seulement empêcher la communication mais renforcer des contre-attitudes tant chez le patient que chez le soignant.

En résumé, nous remarquons qu'entreprendre une démarche vis-à-vis d'une consommation d'alcool problématique n'est pas chose facile et nous avons tendance à penser que cette démarche est réservée à des structures médico-sociales ou extra-hospitalières. Or, l'avancée des travaux dans cette branche le prouve : nous ne sommes plus face à une faiblesse de la volonté ou à un fléau social mais bel et bien confrontés à une maladie dont la prévalence importante nécessite des soins de qualité et une prise en charge hospitalière complémentaire à ce qui est offert ailleurs. Alors quels sont les éléments qui vont à l'encontre de la relation entre l'infirmière en milieu somatique et la personne souffrant de dépendance à l'alcool ? On retrouve plusieurs causes notables : d'une part la conception des soins qui peut être très différente d'un soignant à l'autre et qui, dans certains cas, se focalise uniquement sur le motif d'hospitalisation. D'autre part, on retrouve également le manque de temps et de connaissances en lien avec ce domaine particulier qu'est l'alcoologie ainsi que sur l'accompagnement de cette maladie qui fait appel à de nombreux savoirs et compétences. Enfin, on observe le rôle des représentations des soignants vis-à-vis de ce type de population.

En effet, cette prise en charge sollicitée, chez le soignant, toutes sortes de ressentis positifs comme négatifs qui viennent biaiser la relation et rendent l'accompagnement difficile. C'est cet aspect que je souhaite questionner par ce travail de fin d'études.

1.2 Hypothèse :

Nous observons au sein de la population une quantité de représentations qui sont véhiculées de génération en génération. Ainsi, certaines d'entre elles concernant la personne alcoolique sont restées très proche de l'idéologie du XIXème siècle.

Il peut paraître logique de penser que ces mêmes représentations habitent également les valeurs des soignants qui sont confrontés à ce type de population lors des prises en charge infirmières. Dans la mesure où les représentations des infirmières auront un impact sur la manière de considérer le patient alcoolique et d'élaborer sa prise en charge, il me semble pertinent de questionner le contenu de ces représentations ainsi que la réelle influence de ces dernières sur l'offre en soins.

Ainsi, mon travail de fin d'études s'articule autour de l'hypothèse qu'il existe bel et bien des représentations ou des préjugés par rapport aux personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool dont la portée négative intervient sur la pratique infirmière.

1.3 Question de recherche :

Ainsi, résulte de cette problématique et de cette hypothèse la question de recherche suivante :

En quoi les représentations qu'ont les infirmières autour de la personne alcoolique influencent-elles l'accompagnement infirmier lors d'une hospitalisation en milieu de soins aigus ?

Ce mémoire de fin d'études a pour objectif de :

- Mettre en évidence les représentations véhiculées par le personnel soignant autour de la personne dépendante à l'alcool.
- Identifier le retentissement de ces représentations sur la prise en charge élaborée en milieu hospitalier.
- Donner des pistes de réflexion par rapport à la prise en charge des personnes présentant une dépendance à l'alcool en milieu hospitalier.

De façon plus personnelle cette recherche poursuit également d'autres objectifs :

- Me positionner personnellement par rapport à ce sujet, développer mon regard critique.
- M'initier à la méthodologie de recherche, en comprendre les principaux mécanismes
- Valider ma fin de formation d'infirmière, obtenir mon diplôme.

2. Méthodologie :

Ce chapitre a pour but d'expliciter la méthode utilisée durant cette recherche, ainsi que d'argumenter les choix effectués tout au long de la réalisation de ce travail.

Le choix de la thématique s'est fait au travers de mes expériences de stage. Durant ces différentes périodes, je me suis confrontée à plusieurs reprises à des personnes souffrant de dépendance à l'alcool, hospitalisées dans des services divers tels que chirurgie, médecine, ou en centre de réadaptation. Je me suis alors aperçue que l'accompagnement proposé à ces personnes ne prenait que rarement en compte la souffrance liée à ces alcoolisations et que très souvent il était difficile de mettre en place des actions permettant d'agir sur cette problématique. Mais, c'est uniquement après avoir suivi un cours sur la thématique de l'alcoolisme, dans le courant de ma troisième année de formation, que mon choix s'est véritablement fixé. Ce cours m'a permis de mieux cerner ce qu'on entend par dépendance à l'alcool et de mieux comprendre la prise en charge infirmière proposée dans le cadre d'un service spécialisé. Cependant, ce cours laissa aussi passablement de questions sans réponses. En effet, l'aspect de l'alcoologie dans les soins aigus était encore flou pour moi, notamment s'agissant de la question de l'accompagnement infirmier. Après plusieurs lectures exploratoires, j'ai pu mieux délimiter mon sujet et ainsi m'orienter vers les éléments qui me questionnaient et m'intéressaient le plus.

La question des représentations a été abordée assez rapidement dans mon processus réflexif. En parcourant plusieurs ouvrages retraçant l'histoire de la consommation de boissons alcoolisées et en prenant connaissance des différentes idéologies qui ont habité les populations en regard de la personne alcoolique, je me suis questionnée sur la persistance de certaines idées reçues au sein de la population actuelle. Quel poids l'héritage des idéaux d'antan a-t-il sur nos représentations ? Sur celles des soignants ? Y a-t-il un lien de cause à effet entre les représentations des soignants et les défauts de la prise en charge ?

Afin d'approfondir ce questionnement, je l'ai étayé à l'aide de différentes lectures. J'ai également voulu inclure des personnes alcooliques abstinentes à ma démarche, qui selon moi représentent une source de savoir à exploiter. C'est à la suite de ces différentes démarches que j'ai pu cerner ma problématique et poser mon hypothèse de recherche.

La méthode que j'ai utilisé pour réaliser ce travail de fin d'études est une démarche de type qualitative dont le but est essentiellement de comprendre les phénomènes dans une logique de découverte. Fortin explique : « *le chercheur observe, décrit, interprète et apprécie le milieu et le phénomène tels qu'ils se présentent, mais il ne mesure, ni ne contrôle.* » (2006, p.16). Cette méthode est également de type hypothético-déductive. C'est-à-dire, que la réflexion ainsi que l'élaboration d'une hypothèse précède la recherche sur le terrain. L'objectif de ce type de recherche est la confirmation ou l'infirmité de l'hypothèse de départ.

Ainsi, ma problématique, tout comme l'hypothèse ont été validées par les lectures et les entretiens exploratoires. Je me suis alors mise à l'élaboration du cadre de référence. Ce dernier regroupe les données théoriques qui donnent un cadre à la problématique et qui permet aussi l'analyse des données empiriques. En d'autres termes, il permet la compréhension de ce qui est observable dans la réalité.

2.1 Instrument d'enquête :

Il existe un vaste panel d'instruments disponibles au chercheur pour réaliser son enquête. Mon choix s'est rapidement porté sur l'entretien semi-structuré, car il comporte les qualités adéquates pour le type de démarche que je souhaitais réaliser. Le but visé par l'enquête sur le terrain était d'une part de questionner la prise en charge effective dans les services et d'autre part d'apprécier quelles étaient les représentations des infirmières participantes. Questionner les comportements et les représentations n'est pas chose facile. En effet, le répondant peut vite se sentir gêné par des questions qui pourraient révéler un élément qu'il désire cacher à l'intervieweur. La notion de désirabilité sociale intervient dans ce cas. Berthier explique à ce sujet : « *le répondant a tendance à être sur la défensive lorsque des questions risquent de nuire à l'image qu'il veut donner. C'est qu'il a le souci de se conformer aux stéréotypes sociaux, d'apparaître comme « normal », voire de se valoriser en donnant de lui une image flatteuse.* » (1998, p.72).

Bien que, dans le cadre de cette recherche les questions ne touchent pas nécessairement la sphère intime des personnes interviewées, parler de sa pratique, accepter qu'elle comporte certains dysfonctionnements ou encore aborder les représentations autour de la personne alcoolique, déjà stigmatisée par la population en général, demande d'être attentif à cette notion. Ainsi, Berthier explique qu'il y a certaines précautions à prendre dans la façon de formuler ces questions pour que la personne interrogée ne refuse pas de répondre ou alors ne donne pas une réponse de convenance. Il existe une vaste gamme d'alternatives pour qu'un individu accepte d'évoquer des comportements ou des valeurs jugées gênantes ou non souhaitables. Selon l'auteur, il existe les stratégies suivantes pour lutter contre la désirabilité sociale :

- Établir un climat de confiance qui démontre qu'on ne juge pas certains comportements considérés comme gênants.
- Commencer la question par une phrase rassurante ou une information ayant pour but de minimiser un comportement jugé comme négatif.
- L'auteur préconise l'utilisation d'un vocabulaire familier ainsi que l'usage de questions ouvertes.

C'est donc en fonction de ces différents critères que j'ai porté mon choix sur l'entretien semi-structuré pour plusieurs raisons. En premier lieu, il permet un abord direct avec la personne interrogée et favorise ainsi la création d'un lien de confiance. De plus, il permet l'utilisation de questions directrices, facilitant la comparaison des réponses, ainsi que des questions plus ouvertes qui laissent plus de liberté aux répondants. Enfin, la flexibilité de la méthode me permet d'intervenir à tout moment sur la trame du questionnaire pour faciliter l'accès à des données enrichissantes pour l'analyse. Cette méthode me semble être la plus adaptée en regard des objectifs que l'enquête poursuit, ainsi qu'en fonction de mon statut de novice dans la recherche en science infirmière.

2.2 Echantillon :

Le choix s'est porté sur quatre infirmières volontaires, travaillant toutes dans des services de soins aigus. Ces infirmières issues de deux établissements différents ont au minimum une année de pratique dans le service et ont expérimenté des prises en charge auprès de personnes adultes.

Le choix du panel s'est fait en fonction d'un critère particulier : le lieu de la pratique. En effet, une enquête réalisée à l'Hôpital cantonal de Genève, questionnant l'utilité d'une activité de liaison en alcoologie révèle que les services les plus demandeurs de ce type d'intervention sont les services des urgences, de médecine générale ainsi que de chirurgie digestive. C'est pourquoi les infirmières interrogées sont issues soit d'un service de médecine soit d'un service de chirurgie générale, le service des urgences n'ayant pas été retenu à cause du caractère ponctuel de la prise en charge.

2.3 Réalisation de l'enquête :

Pour pouvoir réaliser cette enquête auprès de ces infirmières, j'ai tout d'abord contacté la direction de l'établissement concerné. Puis, je lui ai fait parvenir un courrier expliquant la problématique ainsi que les objectifs de mon mémoire de fin d'études. Après avoir reçu l'aval de la direction, j'ai pris contact directement avec les infirmières cheffes d'unité de soins des services concernés afin de planifier les dates de rencontres. Les entretiens se sont déroulés dans les locaux de l'établissement et ont été enregistrés pour pouvoir être retranscrits par la suite.

L'enquête réalisée prend en compte les critères éthiques qui garantissent le respect et la dignité de la personne répondant à l'étude. Les différents critères cités dans la brochure « Les infirmières et la recherche : Principes éthiques » élaborée par l'Association suisse des infirmières et infirmiers sont les suivants :

- **Autonomie** : elle est garantie en premier lieu, par le formulaire d'informations qui a pour objectif d'expliquer les buts que poursuit la recherche ainsi que le déroulement des entretiens afin que les personnes participantes puissent prendre la décision quant à leur participation en toute connaissance de cause. Il faut noter que les infirmières ont également eu la possibilité de prendre connaissance de la problématique de la recherche, en lisant le courrier envoyé à la direction de l'établissement. D'autre part, les personnes participant à l'étude ont toutes signé un formulaire de consentement qui garantit qu'elles ont reçu les informations nécessaires et qui valide leur participation à l'étude. Enfin, elles ont été informées de leur droit à se retirer à tout moment de la recherche, ainsi que sur la confidentialité des données recueillies.
- **La bienfaisance** : pour respecter ce principe je m'engage à respecter les décisions des personnes interrogées que se soit leur refus de participer à l'enquête, ou celui d'interrompre l'entretien. Je m'engage également à respecter les réponses ainsi que les opinions mentionnées durant l'entretien. Toutes les informations et les droits des personnes interrogées ont été lus juste avant le début de l'entretien afin qu'elles se sentent libres durant la réalisation de ce dernier.
- **La non-malfaisance** : je m'engage à travers ce principe à ne pas nuire aux personnes participantes, en respectant leurs droits, en les informant de ces derniers, et en respectant l'anonymat des entretiens. De plus, les questions posées durant l'entretien ont été réfléchies pour causer le moins de préjudice possible aux personnes interrogées.
- **La justice** : le principe de justice est observé dès lors que je m'engage à respecter chaque participante sans distinction. Les conditions d'entretiens seront les mêmes pour chacune des infirmières. Leurs droits durant les entretiens également.

2.4 Réalisation de l'analyse :

Après la retranscription intégrale des quatre entretiens réalisés, j'ai dégagé les thèmes principaux qui sous-tendent à ma question de recherche. Les thèmes sont les suivants :

- Les perceptions des infirmières vis-à-vis de la personne alcoolique
- Les actions infirmières effectives dans la prise en charge
- Les actions infirmières non-effectives dans la prise en charge
- Les difficultés et les ressources

Dès lors que ma question de recherche concerne des pratiques infirmières, je pense qu'il est pertinent de comprendre le contenu de la prise en charge en regard de la dépendance à l'alcool. L'autre aspect primordial est la question des représentations, d'où la création d'une thématique y relative. Le dernier thème lié aux difficultés et aux ressources me permet de mieux comprendre la présence et l'absence de certains éléments dans l'offre en soins.

Par de multiples relectures, j'ai pu mettre en évidence les aspects les plus souvent mentionnés pour chacun des thèmes en présence. J'ai ainsi procédé par occurrence pour dégager les éléments les plus significatifs et qui méritent d'être confrontés avec le cadre théorique. Selon Allin-Pfister (2004, p.54) :

l'analyse thématique poursuit donc deux buts :

- Le premier est d'identifier les thèmes présents et de les décrire précisément, d'en dessiner les contours :
- Le second est de mettre les thèmes en relation d'en interpréter la présence ou l'absence dans certaines parties du corpus, d'en discuter l'importance, la récurrence, etc.

La construction d'un arbre thématique m'a permis de visualiser l'influence que les thématiques exercent entre elles et de hiérarchiser les éléments significatifs composant chacune des thématiques. Mais c'est uniquement après la confrontation de chacun de ces éléments significatifs avec le cadre de référence, ainsi que l'interprétation de la récurrence ou l'absence de certains aspects que j'ai pu réellement donner un sens aux données récoltées et ainsi répondre à ma question de départ et aux objectifs de la recherche.

3. Cadre de référence :

Le cadre conceptuel ci-dessous met en évidence plusieurs concepts qui, je pense, délimite la thématique abordée dans ce travail de fin d'études. Les concepts développés vont également me permettre de porter un regard critique sur les données récoltées durant les entretiens. Ce travail porte sur l'influence des représentations de l'infirmière sur la prise en charge des personnes alcooliques, de ce fait il me paraît pertinent de développer les notions en lien avec l'alcoolisme, la prise en charge infirmière ainsi que les représentations.

3.1 L'alcoolisme & la personne dépendante à l'alcool :

Il existe plusieurs définitions de la personne alcoolique prenant en compte différents aspects. Selon l'OMS (1951, cité par Archambault et Chabaud, 1995, p.33) :

Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique ou mentale, leur relation avec autrui, leur bon comportement social et économique, soit des prodromes, des troubles de ce genre ; ils doivent être soumis à un traitement.

Fouquet (1951, cité par Archambault, 1992, p.16) premier psychiatre en France à avoir introduit la notion d'alcoolisme, propose la définition suivante : « *Il y a alcoolisme lorsqu'un individu a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir de boire.* » Il met ainsi en évidence le vécu de la personne alcoolique face à un produit dont l'obsession occupe toute la place.

Fouquet (1951) propose, en outre, une classification des différents types d'alcoolisme:

1. L'alcoolite : représente 50% des buveurs masculins et 1 à 5% de sujets alcooliques féminins. La personne boit de manière excessive, essentiellement du vin et de la bière de façon quotidienne, avec une notion de plaisir associé.
2. L'alcoolose : il s'agit d'environ 40 à 45% d'hommes et 80 à 85% de femmes. La prise d'alcool ne s'associe plus à un plaisir, les buveurs boivent des quantités moyennes d'apéritifs et de liqueurs fortes, de façon impulsive et solitaire et ressentent souvent un sentiment de culpabilité. On parle essentiellement de l'alcoolisme féminin.
3. La somalcoolose : concerne 1-5 % des hommes et 15% des femmes alcooliques. Elle s'apparente à une consommation compulsive et exclusivement solitaire de quantité de massive de toutes substances contenant de l'éthanol (eau de Cologne, alcool à brûler).

Ces définitions permettent, de par les différentes classifications du phénomène de l'alcoolisme, de me rendre compte, d'une part, que nous ne sommes pas tous égaux face aux boissons alcoolisées et que la consommation massive d'alcool influence, de façon remarquable, autant les aspects biologiques, psychologiques que sociaux de la vie d'un individu. D'autre part, il est utile de retenir que l'identification d'une personne alcoolique ne peut pas se faire sans prendre en compte autant la quantité d'alcool consommée par l'individu, que son comportement vis-à-vis du produit.

Pélicier (cité par Archambault et Chabaud, 1995, p.37), a tenté de classer les conduites d'alcoolisation et de mettre en évidence l'évolution de l'alcoolisme, en partant de la phase de consommation simple pour arriver au stade de l'alcool-dépendance. Il relève trois comportements clés :

- L'alcoolisant est celui, qui à travers des conduites d'alcoolisation qui demeurent encore contrôlées et espacées, commence à nouer une relation trop stable avec l'alcool. L'individu n'est pas encore dans le registre de la pathologie, mais sa manière de boire constitue un risque ;

- L'alcoolisé est celui qui subit dans son corps et dans son esprit la contrainte d'une alcoolisation. Celle-ci est devenue très stable et régulière au fur et à mesure de l'installation de la dépendance psychologique puis physique ;
- Le malade alcoolique : il subit dans son corps, dans son esprit et dans ses comportements le plein effet de l'alcool. S'il lui arrive d'avoir encore des périodes d'abstinence, celles-ci deviennent un tourment, tellement le besoin d'alcool est important. À ce stade, nous sommes devant une pathologie manifeste avec des possibilités thérapeutiques de plus en plus délicates.

La classification de Pélucier montre de façon pertinente le passage de l'alcool comme liant social et agent de convivialité à une nécessité absolue de consommer. L'auteur met également en évidence les possibilités de traitement toujours plus difficiles au fur et à mesure qu'avance ce processus.

La classification de Barrucand met en évidence 3 types d'alcoolisme qui ont tous une origine. Il décrit :

- L'alcoolisme d'entraînement: il concerne un grand nombre d'individus et représente l'une des conséquences de l'image positive de l'alcool dans notre société. La perception de la convivialité de l'alcool, sa consommation comme fortifiant ou comme gage de virilité est à la base de la consommation. Il s'agit là de l'alcoolisme dit « social ». Le sujet va se mettre à boire par souci d'intégration au groupe et de similarité.

Cet alcoolisme « d'habitude », le plus fréquemment rencontré chez l'homme, peut sembler a priori le plus simple, le moins complexe. Cependant il est à noter qu'ici la dépendance est double, dans ce sens où la dépendance à l'alcool est en elle-même et le symptôme, et la conséquence d'une dépendance autre : la dépendance au groupe, la dépendance à la foule, à la majorité, ou dépendance sociale. (Barrucand, Royer, cité par Pellegrini, 1994, p.25).

- L'alcoolisme de compensation: dans ce cas de figure, le sujet est décrit comme ayant une personnalité de type névrotique, où l'alcool est alors utilisé comme stratégie de réponse à des problématiques internes auxquelles les stratégies habituellement utilisées par l'individu ne fonctionnent pas. « *La compensation est un mécanisme psychologique qui permet à un individu de regagner sur le plan ce qu'il perd sur un autre* ». (Laxenaire, cité par Pellegrini, 1994, p.26)
- L'alcoolisme psychiatrique: le sujet souffrant de ce type d'alcoolisme boit en réponse à une société face à laquelle il est en crise, et dont il tente de se démarquer. « *Il est caractéristique de malades qui ne boivent ni en réactions à une pression de l'entourage, ni pour tenter de combler un manque, mais dans un désir de provocation* ». (Pellegrini, 1994, p.26)

Ces différentes classifications me permettent de mieux comprendre quels sont les troubles du comportement que l'on peut rencontrer chez la personne alcoolique et mettent en évidence qu'il n'est pas seulement question de l'existence d'un goût accru pour les boissons alcoolisées mais qu'il existe bel et bien, des problématiques sous-jacentes dont le soignant doit se préoccuper s'il aspire à aider le patient alcoolique. La recherche des causes et de l'origine de l'alcoolisation est primordiale afin de pouvoir proposer au patient une prise en charge adéquate et personnalisée.

Cependant, ces différentes définitions et classifications ne répondent pas à la question du « pourquoi ». Comment une personne peut-elle devenir l'esclave d'un produit, si bien qu'elle y consacre toutes ses pensées et toute son énergie ? Qu'est ce qui fait que, confrontés aux mêmes expériences et difficultés de la vie, certains individus vont devenir dépendants, alors que d'autres y échappent ?

L'existence d'une prédisposition à l'alcoolisme ou à une dépendance autre n'a jamais pu être prouvée dans les faits. Cependant, la littérature fait part de plusieurs traits de caractère communs à un certain nombre d'individus dépendants, mais sans réellement présenter une raison *sine qua non* de devenir alcoolique. La question de l'hérédité a également été posée. Des études menées à ce sujet ont démontrées qu'une prédisposition génétique semble bel et bien intervenir dans le mécanisme d'appropriation d'une dépendance. Chantal Pellegrini, infirmière dans un centre d'alcoologie, résume bien en quoi la structure de la personnalité s'imisce dans l'installation de la dépendance :

Chacun d'entre nous possède sa structure de base, sa charpente intérieure, qui présente tel point fort, et telle fragilité. Si à un moment donné l'édifice vient à s'écrouler, il ne s'effondrera pas n'importe comment. Le hasard n'a pas sa place dans la manière dont un individu décompense, lorsque les circonstances l'y conduisent. (1994, p.55)

Nous sommes tous dépendants à différents objets ou personnes tout au long de notre parcours de vie et ceci dès notre venue au monde, lorsque l'enfant en bas âge est, par exemple, totalement dépendant de ses parents pour tous les actes de la vie. Puis, à l'adolescence, la dépendance à la famille diminue lentement, un processus par lequel l'adolescent exprime un besoin de se démarquer du clan familial. La dépendance se déplace alors de la famille ou groupe, à la bande qui, en portant les mêmes signes distinctifs, assure le relais du passage de l'enfant à l'adulte. Ce parcours vers une indépendance relative est crucial et va déterminer les modes d'attachement de l'individu durant tout le reste de sa vie. A. Memmi (cité par Archambault, 1992, p.48) constate que :

L'alcoolique a une carence affective et relationnelle de base qui module sa personnalité dans le sens de la dépression et de la dépendance. Il se trouve alors sujet non encore alcoolique, en risque de le devenir parce que, à chaque fois, il a échoué dans toutes ses tentatives d'autonomie. Ces échecs répétés à s'affirmer en tant qu'individu à part entière dans les relations humaines l'amèneront à rechercher un objet de dépendance adéquat pour sa pathologie ; l'alcool.

Au-delà des éléments inhérents à la personnalité de l'individu, il faut, pour mener à une dépendance, une rencontre entre l'individu et le produit. Une rencontre qui doit être probante pour que la personne cherche à la multiplier. Pour que cette dernière ait lieu, il faut que la personne qui consomme de l'alcool soit désireuse de trouver un effet particulier dans la consommation de boissons alcoolisées, et qu'elle le trouve. C. Pellegrini (1994, p.42) décrit ce phénomène de façon suivante :

La clé de la dépendance psychologique d'un sujet à l'alcool est dans cet effet recherché, et trouvé. Dans ce qu'il en attend, et dans ce qu'il en obtient. Dans ce qui fait qu'à un moment donné de son existence, il va nouer des liens privilégiés avec le produit, et s'engager avec lui dans une histoire à deux, comme on s'engage dans une relation d'affaires, une relation d'amitié, une relation d'amour.

Pour résumer, on peut dire que la personne alcoolique boit toujours, peu importe qu'il s'agisse d'un alcoolisme d'entraînement, d'un alcoolisme de compensation ou d'un alcoolisme psychiatrique, pour combler une faiblesse qui trouve son origine dans son passé.

Que se soit pour se lier à l'autre ou pour s'en séparer, Pellegrini (1994, p.53) pose l'hypothèse que : « [...] la problématique alcoolique s'articule autour de la notion fondamentale de communication. » Ainsi, la personne alcoolique se voit dans l'obligation de consommer pour répondre à ses besoins de communication, comme d'« in-communication ». Cette constatation pose la question de la relation entre soignant et soigné avec un patient qui peut présenter des troubles de la communication.

La consommation d'alcool, sensée répondre à ses besoins et angoisses, ainsi qu'à l'aider à évoluer dans son environnement va complètement l'enfermer et même produire l'effet inverse. Archambault (1992, p.53) décrit ce phénomène de façon suivante: « *Le recours à l'alcool donne une sécurité constamment recherchée, mais qui ne facilite aucune ouverture vers l'extérieur. Bien au contraire, l'alcoolique se suffit à lui-même et se piège dans le système alcool.* »

L'alcool, comme décrit ci-dessus, va d'abord mener à une dépendance psychique. Mais petit à petit, la dépendance physique vient s'ajouter, l'alcool influençant à moyen terme les mécanismes cellulaires, biologiques et métaboliques. Archambault (1992, p.53) explique que « *l'organisme alcool-dépendant trouve, devant l'installation de la tolérance et de la dépendance, des aménagements pour conserver une relative homéostasie de fonctionnement. Mais simultanément, cette alcool-dépendance s'inscrit au plus profond de l'individu, et l'arrêt d'alcool déclenche le sevrage.* » Bien que ce phénomène amène la personne à reproduire les comportements pour ne pas souffrir de conséquences d'un arrêt prolongé de la consommation, ce n'est pas la dépendance physique qui est à l'origine de l'alcoolisme puisqu'elle s'installe seulement après une période plus ou moins longue d'intoxication chronique. Ainsi, la clé de la dépendance est alors à trouver au niveau de la dépendance psychique.

Je retiendrai de tout ça, que, si on veut offrir au patient une prise en charge en lien avec la problématique de l'alcool, il est capital d'intervenir par diverses actions tant à un niveau physique que psychique. Ce constat me permet de comprendre, qu'assurer un sevrage physique en milieu hospitalier ne suffit pas à ce que le patient puisse se débarrasser de cet alcool qui a pris une emprise beaucoup plus grande. Il s'agit donc pour les soignants d'aller plus loin et de comprendre, par l'établissement d'une relation de confiance, les objectifs qu'il vise lors de ces alcoolisations et de construire en partenariat avec lui un projet de soins qui prenne sens pour lui.

3.2 Le soin, l'activité soignante :

Il n'est pas aisé de décrire l'activité soignante et de mettre en évidence ce à quoi l'on fait référence lorsque l'on parle de l'acte de soigner. « [...]nos écrits institutionnels, aussi bien dans les écoles que dans les institutions de soins, mentionnent 45 qualificatifs du mot « soin » pour rendre compte de sa pratique. » (Nadot, 2002, p.29). Cette réalité ne permet pas de rendre visible l'activité infirmière. Ceci est alors préjudiciable autant pour les infirmières elles-mêmes qui ne bénéficient pas de la reconnaissance équivalente à leurs fonctions, que pour le patient qui ne sait pas dans quels cas, il peut faire appel aux soins dit infirmiers.

Marie-Françoise Collière définit l'acte de soigner de la manière suivante : « soigner, veiller à, représente un ensemble d'actes de vie qui ont pour but et pour fonction d'entretenir la vie des êtres vivants en vue de leur permettre de se reproduire et perpétuer la vie du groupe » (1982, p.25). Elle explique que la finalité première des soins est d'une part d'assurer le maintien de la vie et d'autre part de faire reculer la mort. Ce qui aboutit à l'identification de deux types de soins différents également cité par Collière (1982, p.243).

- Les soins d'entretiens de la vie : également appelés *care*, ils représentent « tous ces soins permanents et quotidiens qui n'ont d'autres fonction que celle d'entretenir la vie en la réapprovisionnant en énergie ».
- Les soins de réparation : aussi dénommés *cure*, ils font référence au traitement et ont pour but de limiter la maladie. « Ils sont liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie ».

Ces deux types de soins sont complémentaires et l'un ne saurait remplacer l'autre. Les soins d'entretien de la vie sont en principe dispensés par l'individu de façon autonome, mais il arrive, que dans certaines situations de difficultés ou de maladie, la personne doive faire appel à l'aide d'une infirmière pour lui permettre d'accomplir ces soins. Il est important de distinguer ces deux types de soins, car nous observons que petit à petit les soins de réparation prédominent dans l'activité soignante. En effet, les soins d'entretien de la vie plus communément appelés soins de base ne représentent pas le même engouement au sein de la profession, de par son côté commun et universel. Pourtant, sans l'apport simultané des soins d'entretien de la vie et des soins de réparation, on ne peut permettre au bénéficiaire de soins de recouvrer la santé. « La vie se retire à chaque fois que l'on se préoccupe davantage de ce qui meurt que de ce qui vit. » (Collière, 1982, p.245).

Il est important pour l'infirmière de saisir la nature des soins à mettre en oeuvre en fonction des objectifs qu'elle souhaite atteindre dans chaque situation de soins. Toutefois, ce choix ne se fait pas au hasard. Il est le fruit d'un processus de recueil de données et d'analyse, qui va aboutir à un diagnostic permettant à l'infirmière de prendre une décision sur la nature des soins nécessaires en relation avec les finalités attendues.

Il appartient à la fonction infirmière d'élaborer, non à partir d'une typologie classificatoire mais à partir d'une élucidation reposant sur la dynamique d'une pensée constructive qui ne craint pas d'aller vers l'inconnu de l'autre, ce diagnostic des soins vitaux à assurer lorsqu'une personne pour une raison de maladie..., d'accident..., de vieillissement..., de détresse...n'est plus dans la possibilité de se soigner. (Collière, 1996, p.194).

Les modifications constantes liées à l'évolution de la profession infirmière ne rendent pas la description de son rôle aisée. En effet, l'avancée permanente des connaissances et des techniques, l'augmentation des ressources matérielles, l'évolution des problématiques de santé de la population sont tant d'éléments qui viennent modifier la nature de l'activité soignante.

Outre l'environnement et le système de santé, les soins infirmiers sont également influencés par les grands courants de pensée qui ont modelé les conceptions et les connaissances en matière de soins. D'année en année, ces conceptions ont évolué par les écrits de nombreuses théoriciennes qui ont permis à chaque fois de redéfinir ce qu'est l'action soignante. Le but ici n'est pas de retracer l'histoire des paradigmes¹ infirmiers mais de mettre en évidence les concepts qui sous-tendent chacun de ses paradigmes. Les quatre concepts centraux de la discipline infirmière sont le soin, la personne, la santé et l'environnement. En d'autres termes, « *la discipline infirmière s'intéresse au soin de la personne qui en interaction avec son environnement vit des expériences de santé.* » (Kérouac, 1994, p.60).

Ces quatre concepts centraux sont ainsi définis dans chaque modèle conceptuel qui propose une nouvelle approche des soins infirmiers. J'ai décidé de décrire ces quatre concepts centraux en me basant sur le paradigme de la transformation² d'une part parce que c'est le paradigme le plus récent, d'autre part, parce que, selon moi, il correspond le plus à une prise en charge holistique du patient.

- Le soin : sa finalité vise le bien-être de la personne soignée dans toutes ses dimensions. La notion de partenariat est mise en avant : il ne s'agit plus pour l'infirmière de « faire à la place » du patient, mais d'agir avec le patient, qui considéré d'égal à égal, devient acteur de son projet de soins.
- La personne : elle est considérée « [...] *comme un tout indissociable, plus grand que la somme de ses parties.* » (Kérouac, 1994, p.15). L'individu est défini comme un être unique, qui définit de façon autonome son mode de vie en fonction de ses souhaits et de ses possibilités.
- L'environnement : il est décrit comme l'ensemble des éléments qui environnent l'individu. Tout comme la personne, l'environnement est en changement perpétuel, il est en interaction avec l'homme, ils s'influencent mutuellement.
- La santé : Elle va plus loin que l'absence de maladie : elle est définie comme une expérience de vie. L'état de santé ou de maladie est subjectif et il est évalué par la personne qui le vit en fonction de ses perspectives. « *Elle fait aussi référence au bien-être et à la réalisation du potentiel de création de la personne.* » (Kérouac, 1994, p.15).

Les différentes façons de penser le soin répertoriées par les divers modèles conceptuels donnent une ligne de direction quant à sa propre pratique. Cependant il est important de souligner que chaque soignant possède une conception qui lui est propre en fonction des expériences vécues ainsi que le contexte de la pratique. Les paradigmes ainsi que les théoriciennes y relatives donnent une proposition de réflexion. Toutefois, il revient aux infirmières de savoir en quoi ces écrits inspirent leur pratique et ainsi de se forger leur conception de soin personnelle.

Clémence Dallaire a également tenté par ses travaux d'éclaircir le contenu de l'activité soignante par un « listing » des différentes fonctions de l'infirmière. Elle entend par fonction infirmière : « [...] *l'ensemble de ce que doivent accomplir les infirmières afin de jouer leur rôle dans le système de santé.* » (1999, p.35).

¹ « *Courant de pensée, façon de voir et de comprendre le monde qui influence le développement des savoirs et des savoir-faire au sein des disciplines.* » (Kérouac, 1994, p.139).

² Paradigme qui considère l'interaction perpétuelle, réciproque et simultanée de différents phénomènes complexes et uniques.

Les finalités de ces fonctions sont diverses. Néanmoins, l'auteur relève l'importance de chacune d'entre-elles pour assurer ce qui relève du rôle infirmier.

Les grandes fonctions infirmières explicitées par Clémence Dallaire sont les suivantes :

SOIGNER :

La fonction de soigner apparaît comme la fonction fondamentale de l'infirmière. Comme Collière, l'auteur fait la distinction entre les soins liés à l'entretien de la vie et les soins techniques qui visent le traitement de la maladie. Elle relève l'importance de l'utilisation de connaissances théoriques tant pour les soins dits de base les plus courants que pour les soins techniques. La notion de réflexivité est mise en avant, « *laver une personne ou lui donner un bain ne se borne pas uniquement à l'application de savon et d'eau.* » (Dallaire, 1999, p.36). Elle explique que l'expertise et la connaissance des phénomènes de santé en jeu sont capitales pour assurer un soin qui peut sembler banal, mais qui au contraire fait appel à la complète attention de l'infirmière. « *Tout en lavant la personne, l'infirmière tient compte du problème de santé, surveille son évolution, détecte les signes de complication, etc.* » (Dallaire, 1999, p.36).

Outre tous les soins qui relèvent de la réflexion et des gestes, Dallaire relève que soigner passe également par l'attitude que l'infirmière adopte face au patient. Elle entend par là les positions corporelles, l'expression verbale ou non-verbale, les silences, l'écoute, qu'elle définit par l'à-propos. Cet à-propos permet à l'infirmière d'avoir une meilleure connaissance de la personne soignée et par conséquent une meilleure évaluation des actions à mettre en place pour satisfaire ses besoins. Ainsi, le but visé par l'acte de soigner n'est pas uniquement le recouvrement des fonctions de l'individu mais aussi la création de liens entre le soignant et le soigné qui permet de soutenir et d'accompagner le patient dans l'expérience de la maladie. Dallaire met ainsi en évidence « *une qualité fondamentale des soins d'entretien de la vie, soit leur capacité de reconnaître, de confirmer et de favoriser la vie humaine dans des circonstances où elle l'est moins.* » (1999, p. 38).

Les soins de réparation, que Dallaire appelle « soins techniques », sont prodigués dans le but de lutter contre la maladie. Ils sont inhérents au traitement. Les soins techniques ont une place privilégiée, tant pour la population qu'au sein des équipes de soins. Les connaissances ainsi que l'habileté nécessaire à leurs applications sont un gage de valeur et de respect pour la profession infirmière. « *Ces soins techniques comportent des activités telles que surveiller les signes vitaux, effectuer des prises de sang et des injections, faire et changer des pansements, installer et surveiller des perfusions intraveineuses, administrer des médicaments et en surveiller les effets principaux et secondaires.* » (Dallaire, 1999, p.39).

L'application des soins techniques se fait dans un contexte inhabituel où la personne est vulnérable et demande une prise en charge spécifique. Ces situations extraordinaires dans la vie d'une personne peuvent-être source d'angoisse et d'inconnu. Par conséquent, l'infirmière informe le patient en lien avec tout ce que la personne soignée sera susceptible de rencontrer durant son hospitalisation. Elle joue le rôle important de médiateur envers une personne qui n'a dans certains cas jamais bénéficié de soins hospitaliers.

Outre les soins d'entretien de la vie et les soins techniques généraux, Dallaire met en évidence un autre type de soins : les soins techniques spécialisés. Ils s'apparentent aux soins techniques généraux, mais ils demandent à l'infirmière une plus grande expertise et l'utilisation d'une technologie complexe. L'auteur relève également la présence de soins spécialisés qui ne font ni appel aux technologies, ni aux instruments. Il s'agit des soins appliqués en santé mentale

ou en soins palliatifs, qui requièrent des compétences en lien avec la communication, ainsi que des capacités relationnelles spécifiques.

L'auteur explique que la spécialisation exige de la part de l'infirmière une plus grande connaissance dans le domaine en question : « *les soins spécialisés exigent une connaissance approfondie des problèmes de santé particuliers, leur évolution, des complications éventuelles et des interventions possibles.* » (Dallaire, 1999, p.41). Il est nécessaire de relever que l'infirmière diplômée en soins généraux ne possède pas forcément les connaissances adaptées pour assurer une prise en charge spécialisée dans un domaine particulier.

Pour conclure son chapitre sur la fonction soignante, Clémence Dallaire (1999, p.41) expose les conditions qui, selon elle, permettent aux infirmières de prodiguer des soins.

Elle mentionne plusieurs éléments :

- Le temps : qui peut devenir selon les situations l'ami ou l'ennemi de l'infirmière. Le temps est essentiel à l'activité soignante. Il permet l'instauration d'une relation de confiance, l'évaluation et les surveillances de l'état de santé. En définitive, le temps permet d'affiner toujours plus son jugement clinique et ainsi d'améliorer la qualité ainsi que la pertinence de ses interventions. Cependant, parfois le temps vient également à l'encontre de l'activité soignante lorsque celui-ci vient à manquer. En effet, on remarque que la durée des séjours en milieu aigu s'abaisse incontestablement, ce qui oblige l'infirmière à opérer des choix quant aux soins mis en œuvre, en fonction des priorités du projet de soins.
- La continuité : elle assure la prise en charge du patient tant par le suivi des informations nécessaires à la prise en charge, que par le suivi des soins à apporter. La continuité peut être favorisée par l'utilisation d'outils adéquats et standardisés (recueil de données, plan de soins, transmissions de qualité). Cependant, la continuité va bien au-delà de l'utilisation d'instruments adaptés. C'est une façon de penser et de voir l'activité soignante et ainsi de favoriser une prise en charge prenant en compte les différentes dimensions du patient. « *Dans la notion de continuité domine une vision globale, donc non fragmentée, de la situation de soins par opposition à une conception de soins ponctuels souvent dissociée de la situation, qui incite les infirmières à se concentrer sur la tâche à accomplir.* » (Dallaire, 1999, p.42)
- Le jugement clinique : cette analyse réalisée par l'infirmière est indispensable, d'une part pour saisir l'essentiel de la situation de soins, d'autre part pour intervenir en fonction des éléments perçus comme problématiques. Le jugement clinique est le maillon qui relie les connaissances propres au champ infirmier et les savoirs singuliers en lien avec la personne soignée.

En somme, les soins d'entretien de la vie et les soins techniques prennent du temps, nécessitent une continuité et mettent à profit les connaissances et l'expérience de l'infirmière dans l'élaboration d'un jugement clinique qui permet de prodiguer les bons soins, au bon moment et à la bonne personne de façon à entretenir la vie et à redresser la situation lorsque la vie rencontre des obstacles. (Dallaire, 1999, p.43).

EDUQUER :

Selon Hagan (cité par Dallaire, 1999, p.43), éduquer, « *c'est à la fois enseigner et établir une relation d'aide en vue de favoriser chez les individus des choix libres et éclairés.* » Autrement dit, il s'agit pour l'infirmière d'une part de donner des informations et des conseils de santé, d'autre part, d'aiguiller le patient dans le système de santé et l'aider à faire des choix pour sa santé en respectant sa capacité d'autonomie.

L'éducation a lieu dans tous les milieux de soins et représente un rôle fondamental qui s'inscrit dans une optique de prévention et de promotion de la santé. Cette perspective exige de la part des infirmières, une fine analyse des situations rencontrées, afin de mettre en évidence les éléments qui font défaut dans les modes de vie qu'adoptent les individus. Ainsi, il est important de prendre en compte la personne soignée de façon globale, en questionnant de quelles manières son environnement peut intervenir de façon négative ou positive sur l'état de santé de la personne soignée.

Outre le jugement clinique, capital pour l'enseignement, nous relevons également des qualités relationnelles qui doivent être mise en avant. En effet il s'agit pour l'infirmière de chercher les réponses qui vont lui permettre d'éviter certains risques avec le patient, tout en se souciant de conserver une qualité de vie satisfaisante pour lui et non pas de se positionner en tant qu'expert de la santé en lui dictant les comportements à suivre pour ne pas mettre sa vie en danger.

Dallaire précise qu'au-delà de l'information et de l'accompagnement vers l'adoption de nouvelles habitudes de vie, la fonction éducative a aussi une portée politique. L'auteur note l'importance de l'engagement infirmier auprès des politiques pour pouvoir proposer des outils, des stratégies, agissant de près ou de loin sur le système de santé.

COLLABORER :

Il existe une quantité remarquable de partenaires autour du patient lors d'une prise en charge qu'elle soit à l'hôpital ou ailleurs. Dans notre système de santé, nous observons un morcellement des soins, ainsi que l'augmentation de la présence de professionnels de santé spécialisés selon un domaine médical particulier. Les actions de l'infirmière, faites conjointement avec celles des autres professionnels, sont capitales. De plus, l'approche du patient dans une perspective holistique et une présence soutenue de la part de l'infirmière garantissent une prise en charge de qualité, qui se soucie de l'évolution du projet de soins.

COORDONNER :

La fonction de coordination, tout comme la précédente, est le fruit de la pluralité des professionnels au sein du système de santé. Elle fait appel à l'expertise et les connaissances de l'infirmière, qui, par une analyse, va permettre de mettre en évidence la nécessité d'action de la part d'autres professionnels.

« *La coordination des interventions des autres professionnels s'effectue plutôt en cas de détérioration de la condition d'une personne, plus précisément lorsque les prescriptions s'avèrent inadéquates, ou encore, de façon moins urgente, lorsque les ordonnances viennent à échéance.* » (Dallaire, 1999, p.46). L'infirmière occupe une place centrale et c'est elle qui passe le plus de temps auprès du patient. Cette place privilégiée permet d'agir comme médiateur et ainsi de permettre aux différentes parties de communiquer et d'agir tous vers un but commun.

SUPERVISER :

La fonction de supervision est présente dans les milieux de soins, où l'on retrouve plusieurs catégories de personnel pour prodiguer les soins. L'infirmière est responsable de tous soins dispensés par le personnel. La structure hiérarchisée du personnel, ainsi que l'apprentissage des étudiants en situation, confèrent aux infirmières une fonction de supervision toujours plus importante.

3.3 Les représentations :

D'une manière générale, les représentations nous permettent d'apprécier notre environnement. Elles sont un moyen d'analyser et de comprendre la réalité. Les représentations permettent de rendre perceptible une chose, un événement à l'esprit d'un individu. Plusieurs auteurs ont tenté de définir ce que signifie une représentation. J'ai décidé de présenter quelques définitions afin de mieux saisir le concept des représentations.

Selon Jean-Claude Abric, « *la représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté, et lui attribue une signification spécifique.* » (1994, p.64).

Jean-Claude Ruano-Borbalon (cité par Aimon, 1998, en ligne) explique que :

Nous interprétons en permanence ce monde sous forme de représentation que notre cerveau stock. Toute vision du monde est reliée à des images mentales inconscientes. Plus généralement, une représentation est une création sociale ou individuelle de schémas pertinents du réel dans le cadre d'une idéologie.

Pour Dortier le concept de représentation, c'est :

Un ensemble de connaissances ou de croyances encodées en mémoire et que l'on peut extraire et manipuler mentalement. Ainsi, la représentation mentale [...] renvoie à un ensemble d'informations, d'images, de sentiments associés. Et cette représentation permet d'identifier, de décrire, d'apprécier et de se comporter de telle ou de telle façon. (Dortier, 2002, p.24).

Par ces définitions, je comprends que rien n'est vraiment réel. Tout est représenté. Une représentation n'est jamais stable. Elle change en fonction de notre propre évolution. Ainsi, en fonction de notre système de valeurs, de nos connaissances, de notre vécu, on peut observer un écart plus ou moins grand entre les représentations qu'on se fait d'un objet ou d'une personne et la réalité de ces derniers. Abric nous explique ce phénomène et affirme : « *Autrement dit, un objet n'existe pas en lui-même, il existe pour un individu ou un groupe par rapport à eux. C'est donc la relation sujet-objet qui détermine l'objet lui-même. Une représentation est toujours une représentation de quelque chose pour quelqu'un.* » (1994, p.12). De plus, ces auteurs mettent en évidence que nos représentations ne sont pas sans conséquences sur nos choix et nos actions. En effet, l'orientation de nos comportements est clairement reliée à la nature de nos représentations.

Ruano-Borbalon met également en évidence deux types de représentations, d'une part, les représentations individuelles : « *on désigne par ce terme les représentations que l'individu se construit par l'interaction avec son environnement.* » (Aimon, 1998, en ligne). D'autre part, les représentations sociales : « *elles servent à définir des modes de pensées communs (auteurs de normes, de mythes, d'objectifs) qui règlent et légitiment les comportements au sein d'un groupe.* » (Aimon, 1998, en ligne).

Il existe différents écrits qui évoquent les représentations dites sociales. Jodelet les définit ainsi : « *les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientée vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal.* » (1989, p.361).

Elle ajoute également : « *Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux interactions avec le monde des autres.* » (1989, p.362).

Moscovici, lui, propose la définition suivante :

Une représentation sociale est un système de valeurs, de notions et de pratiques ayant une double vocation. Tout d'abord, d'instaurer un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social, matériel et de le dominer. Ensuite, d'assurer la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde, de leur histoire individuelle ou collective. (2003, p.11).

De ces différentes définitions, je retiens que, d'une part, les représentations sont un moyen de s'approprier les éléments qui constituent notre environnement afin de mieux le comprendre et de le maîtriser. D'autre part, les représentations permettent aux individus de pouvoir communiquer entre eux, en leur donnant un vocabulaire commun. Les représentations participe à la construction d'un savoir social.

Selon J-C Abric (1994), une représentation est formée d'un noyau central composé d'éléments stables. Ces éléments ne sont pas soumis à des modifications et vont structurer la représentation. Ce noyau central contient les éléments significatifs du thème de la représentation. Par exemple, un des éléments centraux de la représentation d'une personne alcoolique est qu'elle consomme de l'alcool de façon excessive.

Autour de ce noyau gravite une multitude d'éléments périphériques qui viennent compléter la représentation. Ces éléments sont multiples à comparer du noyau central qui n'en comporte que peu. Les éléments périphériques peuvent être plus ou moins proches du noyau, ce qui correspond à une sorte de hiérarchie. En effet, plus un élément est proche du centre plus il est considéré comme significatif dans la représentation. A contrario, plus il est loin, plus il est considéré comme descriptif ou explicatif ; les préjugés et les stéréotypes font partie des éléments qui se trouvent loin du centre. Dans le cadre de la représentation d'une personne alcoolique, un élément périphérique pourrait être que la personne alcoolique est une personne pauvre, qui vit dans la rue. Les éléments périphériques ont pour objectif de protéger le noyau central. Ainsi, ils sont soumis à des modifications en fonction des confrontations qu'ils subissent avec la réalité, ils s'adaptent à l'évolution du contexte. En définitive, il est important de noter que pour qu'une représentation change, il faut qu'un élément central soit remis en question.

Les représentations sociales peuvent être influencées par la réalité qui vient contrecarrer le sens donné par la représentation mais aussi par les préjugés, les idées reçues, les stéréotypes. Selon Le petit Robert, le préjugé est défini comme un « *jugement provisoire formé par avance à partir d'indices qu'on interprète.* » Fischer (1987, en ligne), lui, décrit la notion de préjugé comme : « *une attitude de l'individu comportant une dimension évaluative, souvent négative, à l'égard de types de personnes ou de groupes, en fonction de sa propre appartenance sociale. C'est donc une disposition acquise dont le but est d'établir une différenciation sociale.* »

« Les stéréotypes sont des croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais souvent aussi des comportements d'un groupe de personnes. » (Leyens, Yzerbyt, Schadron, 1996, en ligne).

Tout comme les représentations, les stéréotypes se construisent en fonction de la culture dans laquelle un individu évolue. De plus, les stéréotypes trouvent aussi leur origine dans un processus cognitif appelé la catégorisation. La catégorisation est une manière de gérer le flux incessant d'informations arrivant au cerveau. Afin de ne pas être submergé par ces stimuli, le cerveau utilise des stratégies de catégorisation qui vont ainsi simplifier les données et les classer sous des catégories pré-établies. Ce phénomène tend à déformer les données issues de l'environnement afin qu'elles puissent être traitées par le cerveau de la personne. De ce fait, la catégorisation aboutit à la création de stéréotypes.

Walter Lippman introduit le terme stéréotype en 1922. Il constate que l'être humain juge en fonction de la représentation qu'il a de certains aspects de la réalité, et non pas en fonction de ce qui est défini comme une réalité. Il nous dit : *« on nous a parlé du monde avant de nous le laisser voir. Nous imaginons avant d'expérimenter. Et ces préconceptions commandent le processus de la perception. »* (en ligne).

De toutes ces définitions, je retiens que les stéréotypes qui sont une forme d'expression des préjugés font partie de la structure des représentations. Leur caractère négatif est clairement mis en avant, contrairement aux représentations, qui peuvent être dans beaucoup de cas similaires à la réalité d'un objet.

4. Présentation des résultats :

Ce chapitre me permet de mettre en évidence les résultats de mon enquête réalisée auprès de quatre infirmières diplômées. Les résultats sont classés en fonctions des thématiques qui m'ont semblé être les plus pertinentes pour répondre à ma question de recherche.

La méthodologie que j'ai utilisée afin de faire émerger ces résultats, ainsi que l'échantillon sélectionné ont été préalablement expliqués dans le chapitre relatif à la méthode.

4.1 La personne alcoolique :

Les quatre infirmières ont été interrogées sur leurs perceptions de ce qu'est pour elles la personne alcoolique. Trois éléments ressortent très clairement de leur propos, le premier étant la présence de la maladie. Les quatre infirmières ont fait part de cette notion. Elles considèrent la personne alcoolique comme une personne malade et y opposent la notion de choix qui selon elles n'intervient pas dans l'apparition d'un alcoolisme chronique. L'infirmière n°2 illustre bien cet élément, « *c'est un engrenage, au début, on se sent plus joyeux, tout est plus facile et au bout d'un moment, [...] on ne peut plus s'en passer et pis là on peut présenter des symptômes de manque qui ne sont pas agréables. Pis du moment où ça se présente, je ne pense pas qu'on choisisse d'être alcoolique.* » (annexe 5, p.8).

Le deuxième élément cité également par l'ensemble de l'échantillon interrogé est la présence d'un déni de la part de la personne dépendante à l'alcool vis-à-vis de sa pathologie. L'infirmière n°1 évoque le déni et explique « *souvent les personnes ne reconnaissent pas leur maladie.* » (annexe 4, p.5)

Le dernier élément mis en évidence en lien avec leurs perceptions de la personne alcoolique est la présence de facteurs favorisant l'apparition de l'alcoolisme. Elles mentionnent à l'unanimité l'incidence de l'environnement et de la personnalité du sujet sur l'apparition d'une dépendance chronique. L'infirmière n°2 dit à ce propos : « *je pense qu'il y a des problèmes sous-jacents, des problèmes de personnalité, des gens très timides, introvertis ou des gens qui ont été rabaissés.* » (annexe 5, p.8)

4.2 La prise en charge :

La deuxième thématique est en lien avec l'accompagnement qu'elles proposent aux patients souffrant d'une dépendance à l'alcool. Les résultats tentent de mettre en évidence d'une part les actions spécifiques qu'elles mettent en place en lien avec cette pathologie et, d'autre part, les éléments de la prise en charge peu ou pas présents dans leur accompagnement.

Les quatre infirmières font toutes part des surveillances et des actions qu'elles mettent en place, lié à l'apparition d'un syndrome de sevrage. En d'autres termes, la surveillance de l'apparition de ces signes, ainsi que la médication nécessaire pour soulager ces symptômes, sont des éléments mentionnés comme faisant partie de leur prise en charge.

Le deuxième élément mis en évidence par trois infirmières sur quatre concerne l'orientation des patients vers d'autres structures spécialisées ou vers le médecin traitant, une fois l'hospitalisation terminée. L'infirmière n°4 fait référence à la récurrence de cet aspect, « *mais aiguiller le patient ça, ça nous arrive souvent.* » (annexe 7, p.21).

Outre, les éléments présents dans la prise en charge, les infirmières font également référence à ce qu'elles ne font pas durant le séjour du patient dans le service. Les quatre infirmières relatent l'absence d'une prise en charge complète de cette pathologie, en mettant l'accent sur

le manque de relation et de communication en lien avec la dépendance à l'alcool. « *Non, ici c'est médicamenteux uniquement, on n'a pas de relation d'aide quasiment, donc on est là pour donner des anxiolytiques au fur et à mesure que les gens commencent à trembler, ou à être pas bien, à transpirer, pis après on les dirige vers d'autres choses.* » (annexe 6, p.16).

Un autre élément cité par une infirmière est l'absence d'une action préventive auprès des ces personnes.

4.3 Les difficultés :

J'ai décidé de mettre en évidence quelles difficultés les infirmières rencontrent lors de la prise en charge d'un patient alcoolique. Ceci me permettra de mieux comprendre, par la suite, le vécu de ces accompagnements ainsi que les actions qu'elles mettent ou qu'elle ne mettent pas en place.

La première difficulté mise en avant par l'ensemble de l'échantillon se rapporte à la notion de déni. Elles expliquent la difficulté d'aborder le sujet de l'alcool ou de créer un projet de soins avec un patient qui est dans la dénégation de sa maladie. L'infirmière n°1 affirme à ce propos : « *Ben ce qui est difficile, c'est la confrontation avec le patient, parce que lui-même, il n'accepte pas ou alors il ne reconnaît pas sa pathologie, si on veut, donc c'est difficile de dire à quelqu'un vous êtes alcoolique, vous buvez, heu il fait faire quelque chose.* » (annexe 4, p.4)

La seconde difficulté régulièrement citée appartient au vécu du soignant et de son expérience antérieure avec ce type de patient. C'est-à-dire les valeurs que les soignants soutiennent, en fonction de leur expérience personnelle et professionnelle ainsi que le cadre de leur pratique. Je remarque que trois infirmières sur quatre font part de cet aspect comme étant une difficulté. L'infirmière n°2 affirme : « *une personne qui je pense aura sa maman ou son papa, qui a des problèmes d'alcool, ça sera beaucoup plus difficile de ne pas juger, de pas... Je veux dire, on a tous certaines choses où c'est plus difficile.* » (annexe 5, p.11)

La troisième difficulté repérée est inhérente au contexte hospitalier dans lequel exercent ces quatre infirmières. Deux infirmières sur quatre ont manifesté éprouver des difficultés en lien avec des éléments liés au contexte. Ces éléments sont la temporalité, ainsi que le manque de formation et de connaissance. « *Ouais je pense qu'il y a quand même un manque de formation parce que vu que c'est justement le milieu somatique, la personne, elle est vue uniquement comme telle. Pis après, je pense qu'il y a d'autres facteurs justement, le temps qu'on a pour la relation avec les gens.* » (annexe 7, p.21)

La dernière difficulté que les infirmières mentionnent est en lien avec l'absence de suivi, ainsi que l'échec du projet. Trois infirmières sur quatre font part de leurs difficultés par rapport à l'échec qui peut faire suite à leurs interventions ainsi le manque de suivi de cette population qui souffre d'une maladie qui demanderait un accompagnement plus soutenu. L'infirmière n°2 fait part de cette difficulté : « *bien sûr et c'est vrai qu'après on n'a pas non plus la suite, qu'est ce qui va se passer, [...] et puis c'est difficile de voir l'échec ou des gens qui reviennent et pourtant les rechutes font partie de la thérapie.* » (annexe 5, p.7)

5. Analyse et discussion des résultats :

Ce chapitre a pour but de reprendre les résultats issus de la recherche sur le terrain et de les interpréter à partir des données théoriques présentes dans le cadre de référence. L'analyse des données est réalisée en fonction des thématiques prédéfinies et a pour objectif de répondre à la question de départ.

5.1 La personne alcoolique :

De manière générale, j'observe que les infirmières ont une manière passablement similaire de définir la personne souffrant d'une dépendance à l'alcool. En effet, les perceptions des infirmières en lien avec la personne alcoolique sont proches, et bien qu'elles abordent différentes notions de manière singulière, la présence récurrente de plusieurs éléments montre que leurs perceptions sont souvent identiques. Avant de tenter de rendre compte de la raison de ces similarités, je vais me pencher plus en détails sur le contenu de leurs représentations et tenter par cette analyse de leur donner un sens en regard des théories concernant la personne alcoolique.

Les travaux de Magnus Huss en 1849 introduisent la notion de maladie alcoolique. À ceux-ci s'ajoutent également les écrits de Fouquet qui décrivent, cent ans plus tard, de manière plus précise les phénomènes et les modes d'alcoolisation. Ce nouveau tournant dans la façon de penser l'alcoolisme va considérablement changer la manière de considérer les personnes qui souffrent de dépendance à l'alcool. Ainsi, la notion de pathologie vient contrecarrer l'idée que la personne alcoolique est un individu qui n'as pas de limites, qui a fait le choix de boire par goût.

Les perceptions des infirmières semblent également avoir été marquées par ce changement d'idéologie. Ainsi, la notion de maladie annule celle du vice. L'ensemble de l'échantillon considère la personne alcoolique comme une personne malade qui nécessite une prise en charge médicale et infirmière. Il est probable que cette considération de la personne alcoolique permette à ces infirmières de comprendre et d'intégrer l'utilité de leur prise en charge. En effet, inscrire l'alcoolisme dans un champ médical et intégrer le traitement aux compétences de cette discipline va implicitement inclure la présence de l'accompagnement infirmier. La démarche infirmière apparaît ainsi pour elles, dans le cas d'une dépendance à l'alcool, comme une action justifiée et nécessaire.

D'autre part, la conception de l'alcoolisme comme une maladie aura tendance à faire diminuer les représentations négatives du sujet alcoolique. Le caractère pathologique confère aux personnes alcooliques une dimension de souffrance, qui rend l'action infirmière légitime. Cependant, les écrits de Maisondieu sont critiques vis-à-vis de la conception de l'alcoolisme comme une maladie. Selon Maisondieu, « *on peut se réjouir de cette avancée : elle permet une moindre stigmatisation du buveur excessif en l'exonérant de l'intentionnalité perverse d'un jouisseur sans foi ni loi.* » (1996, p.21). Par contre, cet auteur nous met en garde contre cette neutralité qui, selon lui, mène à un autre écueil celui d'enlever à la personne alcoolique sa capacité d'autonomie. Il explique : « *Le louable désir de suspendre les poursuites à son égard pour pouvoir le soigner sans préjugés a abouti aussi dans une certaine mesure à le nier comme sujet en lui retirant sa capacité de gouverner personnellement son existence.* » (1996, 21). Il ajoute : « *si l'alcoolique n'est plus désigné comme un fauteur de troubles coupable de son inconduite, il devient un handicapé de la liberté.* » (1996, p.21).

Maisondieu nous met en garde par rapport à cette notion de maladie et précise que la dépendance n'explique pas tout. Il encourage le soignant à explorer ce que le patient recherche dans la consommation du produit. « *L'alcoolologie ne devrait plus faire l'impasse sur*

l'intentionnalité consciente et surtout inconsciente du sujet alcoolique dans la poursuite de son intoxication. » (Maisondieu, 1996, p.24). Comme d'autres auteurs qui ont écrit sur l'alcoolisme, Maisondieu accorde une place prépondérante à la personnalité du sujet alcoolique, à son vécu, à son environnement, tant de facteurs qui auront leur importance dans l'apparition de la dépendance. Ces facteurs personnels à chaque individu peuvent dans certaines circonstances pousser un individu à devoir consommer pour pouvoir vivre et communiquer avec autrui. Maisondieu, comme Pellegrini, estime que la problématique de l'alcoolisme ne peut se réduire à la notion de dépendance et met en cause les capacités de communication de la personne.

Les résultats des entretiens démontrent que les infirmières interviewées sont conscientes de l'existence de facteurs propres à l'individu qui peuvent favoriser, dans certains cas, l'apparition d'une dépendance. L'environnement, la personnalité, l'histoire de vie sont tous des éléments que les infirmières estiment être décisifs et qui peuvent pousser le patient à avoir recours à l'alcool pour faire face à des conditions de vie perçues comme difficiles. Cette perception de la personne alcoolique permet sans doute également une diminution de la stigmatisation des personnes dépendantes et met aussi en avant la souffrance de l'individu, souffrance qui a débuté bien avant les conduites d'alcoolisation.

Le dernier point mis en évidence par rapport aux perceptions des infirmières interrogées vis-à-vis des personnes souffrant de dépendance à l'alcool est la notion de déni. Le déni est un point essentiel des résultats et a été mentionné à plusieurs reprises. La question du déni n'a pas été développée dans mon cadre de référence et je ne m'attendais pas à retrouver cette notion de façon prépondérante dans les résultats. J'ai donc fait le choix de théoriser ce concept dans ce chapitre afin de pouvoir mieux comprendre quelle place il occupe dans la thématique abordée et comment cette notion va me permettre de répondre de façon plus précise à ma question de recherche.

Selon le Petit Robert, « *le déni est le refus de reconnaître une réalité dont la perception est traumatisante pour le sujet.* » Plusieurs auteurs issus du champ de la psychologie ont écrit sur la notion de déni. Le déni est un mécanisme de défense qui, selon Anna Freud, « *désigne la révolte du moi contre des représentations et des affects pénibles ou insupportables.* » (1949, p.3). Les mécanismes de défense sont des « *processus psychologiques inconscients qui déforment la réalité dans le but de protéger le moi.* » (1949, p.4).

Ainsi par ces différentes définitions ressortent clairement l'idée d'un processus inconscient, commun aux individus pour échapper à une réalité angoissante et insupportable. Le but premier de ces mécanismes de défense est la protection de l'intégrité psychologique de la personne. Cependant Freud (cité par Langier) nous met en garde par rapport au caractère pathologique de certains modes d'utilisation de ces processus : « *ces mécanismes sont nécessaires pour échapper à des conflits désagréables et, à l'angoisse, ils deviennent nuisibles que lorsqu'ils causent des troubles émotionnels ou des comportements auto-destructeurs.* » (2008, en ligne)

Ce constat pose la question de la nuisibilité du déni dans le cadre d'une dépendance à l'alcool. Le déni chez la personne alcoolique permet tout d'abord à l'individu de refuser une réalité inaudible pour lui : celle de sa consommation élevée d'alcool.

Ce mécanisme a le même but chez la personne alcoolique que chez toutes autres personnes ayant à faire face à une évidence perçue comme accablante pour elle. Le déni permettra ainsi à la personne qui boit de minimiser sa consommation, de la rendre banale, par souci de normalité sociale. Maisondieu illustre bien ce phénomène, il dit : « *il se veut monsieur Tout-le-monde et se ferme à toute conversation qui pourrait déboucher sur le dévoilement de son*

manque à être à travers la mise en évidence de son besoin de boire excessivement pour se sentir quelqu'un à l'égal des autres. » (1996, p21).

Cette citation rend compte d'une part de la volonté de la personne alcoolique d'être considérée comme les autres et d'autre part, du souci de préserver son comportement d'intoxication, en le gardant secret, seule solution pour lui de continuer à faire face à son quotidien. Philippe Morin, infirmier cadre de santé, explique « *mais ce qui passe relativement inaperçu chez le sujet « normal » (mécanisme du déni) passe très mal chez le malade alcoolique. » (2006, en ligne).* Ainsi, il met en évidence que les stratégies mises en place par les personnes dépendantes à l'alcool sont perçues plus comme de la mauvaise foi que du déni. Cette différence de considération entre le sujet alcoolique et le sujet qui ne présente pas de dépendance me questionne quant à l'origine de cette distinction.

Les lectures ainsi que les recherches effectuées me permettent de poser l'hypothèse que, d'une part, le malade alcoolique utilise le mécanisme de déni pour se protéger de la réalité de sa consommation ainsi que pour rester un individu semblable au reste de la population. En d'autres termes, il se ment à lui-même, par ce mécanisme inconscient qu'est le déni. D'autre part, il est possible que la personne alcoolique tente de déformer la réalité également de façon plus consciente. Dans la perspective que l'alcool lui permet de faire face à la vie et agit comme une béquille pour l'individu souffrant de dépendance, mentir de façon volontaire sur la quantité consommée va lui permettre de sauvegarder ses comportements d'intoxication et ainsi prévenir les soupçons et les éventuelles demandes d'arrêt d'alcoolisation venant de la famille ou du personnel de santé.

Les résultats des entretiens montrent que les infirmières interrogées associent volontiers la personne alcoolique à la notion de déni. Je remarque qu'elles font référence à l'unanimité à ce concept qui intervient à plusieurs reprises dans leur discours, que ce soit dans la description de leurs perceptions de la personne dépendante à l'alcool ou alors en réponse aux questions concernant sa prise en charge. Le déni est un mécanisme qu'elles identifient chez bon nombre de personnes alcooliques. Il n'est pas évident d'expliquer en quoi le déni va influencer leurs perceptions du malade alcoolique. Cependant, je remarque que si le mot déni a souvent été utilisé, les mots mensonge ou mauvaise foi ne font pas partie du discours de ces infirmières. Cette constatation me permet de dire qu'il est probable que sous le mot déni, elles fassent référence plutôt à un mécanisme inconscient qu'à une volonté déterminée de mentir. Ainsi, même si le déni apparaît comme une difficulté dans la prise en charge, thème qui sera abordé plus en profondeur par la suite, les infirmières interviewées ne reconnaissent pas l'intentionnalité de la personne alcoolique dans les stratégies qu'elle utilise pour masquer la réalité.

5.2 La prise en charge :

Les résultats des entretiens en lien avec la prise en charge que proposent les infirmières aux personnes souffrant de dépendance à l'alcool mettent en avant deux axes. D'une part, on retrouve ce qui est mis en place par les infirmières, les actions spécifiques qui composent la prise en charge. D'autre part, les éléments qu'elles estiment être moins présents, voire absents dans l'offre en soins.

En préambule, il est important de rappeler qu'il s'agit là de discuter uniquement des actions mises en place en lien avec la dépendance à l'alcool. Il est évident, dans le contexte d'une hospitalisation en milieu somatique, que l'offre en soins infirmiers se préoccupe d'une multitude d'autres aspects. Cependant, bien que l'analyse prenne en compte le cadre hospitalier de la pratique, la prise en charge, à propos de laquelle, je me questionne, concerne uniquement les soins liés à l'accompagnement d'une personne souffrant d'alcoolisme.

Le discours des infirmières interrogées est unanime : la prise en charge proposée, dans les services de médecine et de chirurgie, par ces infirmières est essentiellement somatique. J'entends par là qu'elle est axée avant tout sur les problématiques touchant le corps. En effet, les infirmières interviewées évoquent, en premier lieu, la question du sevrage physique de la personne alcoolique et mettent en place des actions d'évaluation et de surveillance des signes de manque. Elles abordent également la question de la collaboration avec le médecin dans le cadre de l'administration d'un traitement médicamenteux nécessaire dans ce type de problématique.

L'évaluation des signes de sevrage et la surveillance de ces derniers est implicitement mise en place lorsque les infirmières accueillent une personne qui présente une dépendance à l'alcool avérée. Mais il faut noter que l'observation de l'infirmière et son jugement clinique vont également permettre, dans certains cas, de mettre en évidence une problématique de dépendance insoupçonnée. Une hospitalisation peut être le lieu où se manifestent des modifications du comportement de la personne qui, loin de son environnement habituel, voit toutes ses habitudes changer. Dans le cas d'une personne qui souffre d'alcoolisme, l'arrêt brutal de la consommation dû à l'hospitalisation peut déboucher sur un état de manque. De ce fait, l'infirmière occupe une place favorisant l'observation de ce type de phénomène.

Outre l'évaluation et la surveillance des symptômes de manque, les infirmières interrogées évoquent également un autre aspect de la prise en charge : l'orientation du patient dans le système de santé. Cette guidance a lieu la plupart du temps lorsque le patient est demandeur d'une suite de traitements ou alors quand il est suffisamment au clair avec sa pathologie pour entendre les conseils des infirmières. Dans le cas où le patient se trouve dans une situation de déni avec un rejet complet de la réalité de ses conduites addictives, il devient plus ardu pour les infirmières d'entrer en communication.

Cet aspect relationnel constitue pour les infirmières interrogées le principal manque de la prise en charge qu'elles proposent. En effet, l'offre en soins, axée essentiellement sur l'aspect physique, comporte selon elles plusieurs lacunes par rapport à la communication et à la relation entre le soignant et le soigné. En me référant aux deux types de soins présentés par Collière, je m'aperçois que les soins prodigués par ces infirmières sont plutôt de l'ordre des soins de réparation que des soins d'entretien de la vie.

Pourtant, comme préalablement cité dans le cadre de référence, la co-existence de ces deux types de soins est nécessaire pour répondre aux besoins d'une personne souffrant d'une maladie chronique comme celle de l'alcoolisme. Dallaire met également en évidence la

nécessité pour l'infirmière de développer des liens entre elle et le patient : « *les soins sont aussi des formes de liens et des processus : ils ne se limitent pas à restaurer des fonctions.* » (Saillant et Gagnon 1996, cité par Dallaire, 1999). En reprenant la définition de la fonction de soigner décrite par Dallaire, j'observe que les infirmières interviewées répondent de façon partielle à leur rôle. Si l'aspect technique des soins en lien avec la maladie alcoolique est assuré, le rôle relationnel capital dans cette prise en charge est souvent laissé de côté.

En plus d'avoir des conséquences négatives sur la fonction de soigner, le manque de communication influence l'ensemble de la prise en charge, autrement dit l'ensemble des cinq fonctions infirmières. Cette influence s'explique par le fait que la communication est au centre de toute prise en charge. C'est elle qui va permettre de prendre des décisions quant aux actions qu'il serait pertinent de mettre en place.

Il appartient à la fonction infirmière d'élaborer, non à partir d'une typologie classificatoire mais à partir d'une élucidation reposant sur la dynamique d'une pensée constructive qui ne craint pas d'aller vers l'inconnu de l'autre, ce diagnostic des soins vitaux à assurer lorsqu'une personne pour une raison de maladie..., d'accident..., de vieillissement..., de détresse... n'est plus dans la possibilité de se soigner. (Collière, 1996, p.194)

Cette citation rend compte de la place centrale qu'a la rencontre de l'autre dans la prise en charge infirmière. Ainsi, dans le cadre de l'accompagnement d'une personne alcoolique, l'accès restreint à la sphère du patient va considérablement limiter le jugement clinique, point de départ de toutes actions soignantes. Dès lors, qu'il s'agisse de soigner, d'éduquer, de collaborer, de coordonner ou de superviser, l'infirmière va rencontrer des difficultés majeures dans tous les secteurs appartenant à son rôle.

Nous avons vu dans la première partie de cette analyse que certains facteurs liés à la personnalité de l'individu pouvaient amener le patient à développer des conduites de dépendance. Plusieurs auteurs décrivent les capacités relationnelles, ainsi que les modes de communication des personnes alcooliques, comme pouvant être perturbés. Ainsi, il devient capital pour les professionnels qui gravitent autour d'une personne présentant une dépendance à l'alcool de trouver des stratégies de dialogue avec des patients qui peuvent éprouver des difficultés à aborder leur souffrance. Cependant, les résultats le démontrent : la prise en charge offerte dans le cadre d'une hospitalisation, par les infirmières interrogées, délaisse souvent l'aspect important que représente la communication.

C'est pourquoi, il me semble pertinent de comprendre quels sont les éléments qui empêchent la mise en place d'un dialogue avec la personne alcoolique. La recherche empirique montre qu'il y a plusieurs facteurs qui vont limiter la création du lien entre l'infirmière et le patient. Ils ont été mentionnés par les infirmières interviewées en termes de difficultés liées à l'accompagnement d'une personne souffrant d'alcoolisme.

Le premier élément perçu comme une difficulté dans la prise en charge concerne la notion du déni, concept préalablement abordé dans cette analyse. Les personnes interrogées ont toutes identifié le déni comme un élément perturbateur de la prise en charge tant au niveau de la création d'une relation entre les deux parties, que pour l'élaboration d'un projet de soins.

Une des infirmières participant à la recherche illustre bien ces propos, elle dit : « *je pense après que c'est à voir avec le patient, parce qu'on peut faire ce qu'on veut, si la personne, elle n'accepte pas la situation ou ne reconnaît pas la situation, ben on ne peut pas faire grand chose.* » (annexe 4, p.4). Lacroix et Assal résument bien en quoi il n'est pas aisé d'entrer dans une démarche de soins, avec un patient dans le déni.

Ils expliquent : « *Cette sorte d'anesthésie affective, le rend peu concerné par sa maladie et par conséquent peu motivé pour se traiter régulièrement.* » (1998, p.23).

Outre les difficultés inhérentes à la personne soignée, les infirmières ont également mis en évidence des facteurs en lien avec leur propre vécu. Ainsi, leurs valeurs et leurs expériences antérieures peuvent constituer une barrière à la relation.

Les dernières notions abordées par les personnes interviewées sont clairement reliées au cadre hospitalier de leur pratique. Je relève d'une part, la question du temps accordé dans un service de soins aigus pour la relation entre l'infirmière et la personne soignée. Actuellement, la durée des hospitalisations est de plus en plus courte. C'est pourquoi, l'infirmière se voit dans l'obligation de procéder à des choix quant aux actions qu'elle peut élaborer dans le temps qui lui est imparti, en fonction des priorités du projet de soins. Dès lors, il n'est pas rare que les infirmières laissent de côté l'aspect plus relationnel des soins, d'autant plus que ce dernier demande passablement de temps pour être développé.

Le deuxième élément abordé en lien avec le cadre de la pratique est la notion de formation et de connaissance. En effet, certaines infirmières interrogées estiment qu'elles n'ont pas les compétences suffisantes pour proposer une prise en charge qui tente de pallier aux besoins des personnes souffrant de conduites addictives. L'alcoologie est considérée comme une spécialité médicale qui traite de la consommation abusive d'alcool. Les traitements et la prise en charge des patients alcooliques exigent une expertise dans le domaine concerné. « *Les soins spécialisés exigent une connaissance approfondie des problèmes de santé particuliers, leur évolution, des complications éventuelles et des interventions possibles.* » (Dallaire, 1999, p.41). Cependant, comme précédemment cité dans le cadre de référence, la finalité des soins infirmiers vise l'acquisition d'un bien-être global. Ainsi, il est du devoir de l'infirmière de concevoir un projet de soins personnalisé qui tente de répondre aux besoins tant biologiques, psychologiques que sociaux. Ce constat pose alors la question du contenu d'une prise en charge destinée aux personnes présentant une dépendance à l'alcool, dans le cadre d'un service de soins aigus. Cette question pourrait être l'objet d'une recherche à elle seule, cependant quelques éléments y relatifs seront mis en évidence dans la suite de cette analyse.

5.3 Les représentations :

Nous l'avons vu dans le cadre de référence, rien n'est réel, tout est représenté. Autrement dit, les représentations des infirmières vont clairement guider leurs actions tout au long de l'accompagnement du patient hospitalisé. D'où l'importance de reconnaître ces dernières afin de mieux comprendre ce qui va guider la prise en charge. L'analyse qui se rapporte à la personne alcoolique m'a permis de mettre en avant quelles étaient les perceptions de ces infirmières par rapport à la personne souffrant d'alcoolisme. D'une manière générale, les résultats montrent tout d'abord des similarités entre les propos de chacune des infirmières. En effet, je remarque que leurs perceptions sont souvent semblables.

Ensuite, les résultats démontrent également que les représentations de ces infirmières se rapprochent passablement de la réalité. En d'autres termes, les données empiriques relevées sur le terrain se recoupent très souvent avec les données théoriques issues de la littérature. Que se soit la notion de maladie, de facteurs personnels ou encore la question du déni mis en avant par les infirmières interrogées, je me rends compte que ces trois aspects sont clairement abordés dans la littérature spécialisée. Ce constat me permet de dire qu'il est probable que les années de pratique de ces infirmières, ainsi que les multiples rencontres avec des personnes souffrant de cette maladie ont influencé leurs représentations. L'infirmière n°3 évoque cette notion et explique :

Il y a beaucoup de gens qui ont... on n'a pas du tout l'impression quand on les voit comme ça, l'alcoolique n'est pas forcément un homme, pauvre, vieux et ce qu'on veut quoi. [...] C'est des gens qui ont un rôle, un salaire, une profession je veux dire ce n'est pas un déchet de la société. [...] Ouais ben nous on s'en rend compte aussi, mais souvent les gens quand on leur dit, il est alcoolique, ils s'imaginent ça. (annexe 6 p.13).

Ruanon-Borbalon (cité par Aimon, 1998, en ligne) explicite bien l'influence de l'environnement sur les représentations quand il fait référence aux représentations individuelles : « *on désigne par ce terme les représentations que l'individu se construit par l'interaction avec son environnement.* » De plus qu'elles soient individuelles ou sociales, les représentations ont toujours une partie de leur origine liée au contexte de la personne qui les crée. À ce propos, Jodelet remarque : « *Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux interactions avec le monde des autres.* » (1984, p.362).

Ainsi, bien que ces infirmières ne soient pas spécialisées dans le domaine de l'alcoologie, de par leur expérience clinique, dans un milieu dans lequel on retrouve une présence soutenue de personnes souffrant de cette pathologie, elles acquièrent un savoir qui va permettre un ajustement de leurs représentations. J'observe donc que, contrairement à mon opinion de départ, les représentations des infirmières ne sont pas nécessairement négatives, leurs perceptions sont la plupart du temps en accord avec la réalité de leur pratique.

Bien que l'analyse démontre que la prise en charge des infirmières participant à l'étude comporte certaines lacunes liées à la sphère relationnelle, on ne peut tenir pour responsable les représentations de ces infirmières vis-à-vis de la personne alcoolique.

Néanmoins, si les fondements de ces lacunes n'incombent pas aux représentations de l'alcoolisme, il reste à mettre en évidence les raisons de l'absence de certains aspects lors de la prise en charge.

Outre les différentes difficultés, préalablement passées en revue dans le chapitre de l'analyse portant sur la prise en charge et qui représentent une part de responsabilité importante sur les manques identifiés, il est probable que les représentations des infirmières interviewées sur

l'accompagnement proposé influencent quelque peu ce dernier. En effet à plusieurs reprises, les infirmières évoquent l'incapacité de proposer une démarche de sevrage dans le cadre d'un service de soins aigus. Deux infirmières illustrent bien ce sujet. La première dit : « *ça me pose un problème de me dire que les gens, ils sont hospitalisés chez nous, on sait qu'ils ont ce problème-là mais on peut pas... ce n'est pas l'endroit où l'on va faire vraiment cette prise en charge.* » (annexe 5, p.6) La seconde exprime ceci :

En faite, ouais, on fait de la relation d'aide une peu superficielle ici avec les patients, mais de faire des choses... de travailler en profondeur avec des gens alcooliques dans une dépendance, quelque chose qui va au long cours, parce que pour sortir d'une dépendance à l'alcool ce n'est pas juste en une semaine, donc heu là ce n'est pas un service spécialisé pour. Et pis je trouve que c'est bien qu'il soit pris en charge par une unité spécialisée, je trouve, si on veut vraiment faire du travail concret, sinon ça ne sert à rien. (annexe 6, p.17)

Ces deux citations issues de la recherche sur le terrain évoquent clairement l'impossibilité pour les infirmières de réaliser une démarche de sevrage complète. En effet, la spécialité que représente l'alcoologie fait appel à des compétences et des connaissances particulières, auxquelles les infirmières travaillant dans des services non spécialisées n'ont pas nécessairement accès. Cependant, entrer dans une démarche en rapport à la pathologie alcoolique avec un patient et élaborer un projet de soins qui visent une meilleure satisfaction de ses besoins ne signifie pas forcément d'assurer une démarche vers l'abstinence.

En effet, il est possible d'adapter l'intervention auprès des personnes alcooliques en fonction des possibilités existantes dans les milieux de soins aigus. Guillo, responsable de l'alcoologie de liaison à l'hôpital de Genève, fait allusion à la création d'un poste d'infirmier de liaison en alcoologie et dit à ce propos :

Inclure dans une démarche de soins hospitaliers une dimension relevant de la prévention secondaire, intervenir sur l'alcool en tant que facteur de risque parallèlement aux soins techniques, développer une « culture alcoologique » ; tels étaient les principaux enjeux sous-jacents à la mise en place d'une telle structure de liaison. (2005, p.1712)

Ainsi, la prise en charge infirmière de la personne souffrant de dépendance à l'alcool dans des services de médecine ou de chirurgie s'apparente à ce qui existe déjà pour les médecins : l'intervention brève en alcoologie. Son principe est d'offrir la possibilité à tous professionnels soignant de pouvoir, par l'acquisition de techniques et de moyens facilement intégrable dans leur pratique, entrer dans une démarche de soins face aux problèmes suscités par la consommation élevée d'alcool. Le principal but de cette démarche est de favoriser la santé du buveur, par une réduction des risques lié à sa consommation, mais sans viser nécessairement une abstinence.

Ainsi, l'intervention brève en alcoologie est bénéfique pour la personne alcoolique, comme pour le consommateur à risque. Elle peut permettre au patient, de prendre conscience de la problématique, de diminuer sa consommation, ou encore de s'orienter vers d'autre structure plus adaptée.

Le contenu des discours des infirmières participant à l'étude ne fait pas référence à ce type de prise en charge. Ainsi, il est probable qu'elles entendent, par prise en charge de l'alcoolisme, un accompagnement qui débouche sur une abstinence tels que ceux réalisés en milieu spécialisé. Ainsi les notions de thérapie brève et de réduction des risques, absentes de leur discours, ne semblent pas faire partie de leurs représentations vis-à-vis des traitements de l'alcoolisme.

5.4 Synthèse :

Cette analyse me permet de dégager plusieurs éléments ayant trait aux représentations des infirmières interrogées tant en lien avec la personne alcoolique, qu'en lien avec la prise en charge offerte dans les services de soins aigus. D'une part, les résultats se rapportant à la personne souffrant d'alcoolisme montrent que les représentations de ces infirmières sont la plupart du temps en phase avec ce qu'elles découvrent dans leur pratique et ne véhiculent pas nécessairement de préjugés ou d'images négatives vis-à-vis de ce type de patient.

D'autre part, le deuxième élément phare mis en avant par l'analyse est la présence d'une carence relationnelle entre l'infirmière et la personne soignée dans l'accompagnement infirmier proposé. Cette constatation, en accord avec mes observations antérieures à la réalisation de cette recherche, doit être mise en regard avec la complexité dont elle est sujette. En aucun cas, le but de cette recherche est de poser un jugement sur la prise en charge effectuée par ces infirmières, mais de tenter de comprendre certains phénomènes observables dans la pratique des soins.

Le manque identifié par cette analyse est relié d'une part aux nombreuses difficultés rencontrées par l'infirmière, dont certaines vont l'empêcher de créer une relation de confiance avec le patient. D'autre part, les représentations liées au traitement ont aussi un impact sur l'offre en soins. En effet, la perception d'une démarche de sevrage comme seule réponse offerte aux alcoolos-dépendants limite considérablement l'offre faite à ces gens-là. De plus, il est difficile pour les infirmières en soins généraux de participer à ce type de démarche, par rapport à sa complexité.

Ainsi, l'hypothèse de départ s'infirme et les représentations des infirmières autour de la personne alcoolique ne sont pas nécessairement responsables des manques identifiés dans la pratique des soins. La raison incombe certainement plus aux représentations des traitements qu'aux personnes qui en bénéficient.

6. Perspectives professionnelles :

De nos jours, on observe que la pratique soignante est orientée vers la maladie. La personne soignée est considérée en fonction de la maladie dont elle souffre et elle est orientée dans le système de santé, en fonction de ceci. Ce constat est une des conséquences de l'avancée spectaculaire de la médecine. Ainsi, les moyens diagnostics, les traitements et les techniques utilisés sont toujours plus pointus, ce qui pousse le soignant à se spécialiser dans un domaine particulier pour pouvoir ainsi intégrer les connaissances y relatives. Collière évoque ce phénomène :

La médecine ayant à sa disposition une technologie d'une précision croissante développe de plus en plus l'approche analytique, en renforçant la séparation corps et esprit, en désolidarisant malade et maladie, en parcellisant les plages du corps, les tissus, les cellules, les noyaux, et en se proposant ainsi, grâce aux technologies de pointe, de pénétrer toujours plus en avant dans l'investigation des éléments constitutifs de l'organisme pour identifier à ce niveau le normal et le pathologique, afin de réparer – toujours à ce niveau –, la « pièce » anatomique usée, dégradée ou en mauvais état de fonctionnement. (1982, p. 125).

Cette évolution de la médecine a inévitablement une influence sur les soins infirmiers, ainsi que sur la conception de ses derniers. Comme pour la pratique médicale, la pratique des soins infirmiers est également dictée par la maladie. Elle détermine les connaissances nécessaires à posséder, mais aussi la priorité des actions à mettre en place. Cette conception accorde également une place privilégiée aux soins techniques dont la complexité croissante exige des connaissances toujours plus élaborées par rapport aux soins d'entretien de la vie. « [...] *L'on peut constater une hypotechnicité accrue pour tout ce qui concerne les soins d'entretiens de la vie qui sont considérés comme n'exigeant aucune compétence particulière, mais relevant de la conscience professionnelle.* » (Collière, 1982, p.128).

Ainsi, le patient n'est vu que sous l'angle de sa maladie, ou de son motif d'hospitalisation dans le cas où il existe plusieurs maladies concomitantes. Il n'est plus considéré comme une personne, mais avant tout comme un malade nécessitant des soins et des traitements.

A mon avis, les résultats de cette recherche sont clairement influencés par ce mode de pensée présent dans la pratique en milieu de soins aigus. Bien que le morcellement des spécialités soit nécessaire, en regard de l'accroissement phénoménal de la complexité des prises en charge, il mène également à une vision simplifiée de la personne dont l'unique statut est celui de malade. Il devient ainsi toujours plus ardu pour les infirmières de privilégier une conception globale de l'individu et d'élaborer un projet de soin individualisé, dans un contexte de soins où la recherche d'une meilleure technicité et d'un meilleur résultat prime.

Ainsi, comme démontré par l'analyse des résultats, les imperfections liées à l'accompagnement infirmier se rapportent bien plus à la conception que les infirmières ont de leur rôle et du contexte hospitalier favorisant une vision divisée de la personne soignée, qu'au caractère spécifique de la pathologie alcoolique. Que se soit face à un patient alcoolique, schizophrène ou encore anorexique, la conception du soin centré sur la maladie n'offre que très peu d'ouverture. Ainsi le projet de soins se voit très vite limité.

Bien sûr, l'infirmière ne peut développer des savoirs en lien avec chacune des spécialités médicales. Il est clair que chacun a son domaine d'expertise et que le lieu et le contexte de la pratique influencent de façon tangible l'offre en soins proposée.

Cependant, il est capital de garder à l'esprit l'essence de la profession infirmière qui est avant tout d'accompagner la vie. Ainsi, la conception du soin comme un ensemble d'actes qui permet l'acquisition d'un état de bien-être et qui favorise la satisfaction des besoins de l'être humain doit pouvoir co-exister avec une conception plus médicalisée de l'acte de soigner.

Il est important de noter qu'en dehors d'une conception valorisant une vision holistique de la personne soignée, l'infirmière doit pouvoir avoir accès à des outils lui permettant de guider sa pratique. Ainsi, sensibiliser les infirmières à la technique des interventions brèves et leur enseigner les techniques de l'entretien motivationnel pourraient constituer des pistes pour que ces dernières se sentent mieux armées dans le but d'accompagner le patient dépendant tout au long de son séjour à l'hôpital.

7. Limite de l'étude, critique du travail :

Ce mémoire de fin d'études constitue ma première expérience dans le domaine de la recherche. De ce fait, les principes méthodologiques étaient encore inconnus pour moi. C'est pourquoi il a été difficile de choisir une ligne directrice et de m'y tenir. À plusieurs reprises, j'ai opté pour des choix moins judicieux, qui ont eu pour conséquence une perte de temps dans la réalisation de ce travail. Néanmoins, ces remaniements ont demandé que je réajuste mes actions à chaque étape de la réalisation de cette étude. Cette première expérience constitue un réel apprentissage pour moi, ce qui m'a permis de développer des ressources pour une éventuelle expérience future.

Cette recherche basée sur une démarche hypothético-déductive, dont l'objectif est de mettre en évidence certains phénomènes issus de la pratique soignante qui m'interpellaient, demande une recherche empirique rigoureuse. Au vue du temps restreint attribué pour la réalisation de l'enquête, je n'ai pu interroger que quatre infirmières. Ainsi, les résultats ne sont pas généralisables, bien que le discours de ces quatre infirmières soit souvent similaire. Il aurait été alors intéressant d'interroger un échantillon d'infirmières plus large, provenant de plusieurs lieux de pratique différents.

La réalisation de l'enquête par des entretiens semi-structurés s'est révélée être une expérience complètement nouvelle pour moi. De ce fait, il a été difficile de rester neutre dans les entretiens et de ne pas influencer les réponses de ces infirmières. La préparation préalable du questionnaire m'a donné un sentiment de sécurité vis-à-vis de la réalisation de ces entretiens, mais je me suis vite rendue compte qu'interroger les gens sans les influencer et ainsi récolter le matériel le plus pur possible est tout un art. Pour illustrer ceci, je propose cette citation de Rousseau (cité par Berthier) qui illustre bien la prise de conscience effectuée durant l'enquête. « *L'art d'interroger n'est pas si facile qu'on pense. C'est bien plus l'art des maîtres que des disciples : il faut avoir déjà beaucoup appris de choses pour savoir demander ce qu'on ne sait pas.* » (1998, p. 67). C'est pourquoi, lors de la retranscription des données, une quantité d'autres interrogations me sont venues à l'esprit. Il aurait été alors intéressant de revoir les infirmières pour un second entretien, mais cela, pour de question de temps et de disponibilité, n'a pas pu être réalisable. Toutes ces remises en question sont clairement liées à mon manque d'expérience. Aussi, il aurait été pertinent de pouvoir tester les questions au préalable afin d'être mieux préparée pour la récolte des données. Je n'ai malheureusement pas eu la possibilité de le faire, mais cette constatation fait que j'agis différemment si c'était à refaire.

Les résultats peuvent être mis en doute par le côté subjectif qu'a toute interprétation. En effet, j'ai tenté de rester toujours la plus objective possible, en me référant à des théories issues de la littérature. Cependant, on ne peut ôter à cette analyse une part subjective, ne serait-ce rien que dans le choix de développer certains éléments et d'en laisser d'autres de côté.

Je note également le manque de prise de distance entre la phase d'analyse et la rédaction des perspectives professionnelles. Ainsi, ces dernières ne mettent pas nécessairement en évidence un panel varié de propositions d'améliorations. D'autre part, certaines propositions sont à remettre dans le cadre de la pratique et ne sont pas nécessairement réalisables en regard de critères socio-économiques. Cependant, je tenais à mettre en avant l'importance de la conception des soins dans la pratique professionnelle, qui est un élément qui ne demande que peu de ressources externes, et qui est décisif dans la manière de construire son rôle.

8. Conclusion :

La recherche effectuée m'as permis de répondre aux objectifs préalablement établis. D'une part, elle met en évidence une partie des représentations qu'ont les infirmières interrogées autour de la personne alcoolique. D'autre part, elle permet une identification de l'influence que ces représentations ont sur l'accompagnement infirmier. De plus, les résultats aboutissent à des constatations qui dépassent clairement ce que j'avais projeté au début de la réalisation de l'étude. Ainsi, elle met en avant le lien étroit qu'entretiennent le rôle infirmier et la pratique des soins. L'activité soignante peut être influencée par un nombre important d'éléments et cette étude le démontre bien. Cependant la conception que chacun a de son rôle est sans doute un des éléments d'influence majeure. Ainsi, il est capital pour chaque soignant de concevoir son rôle en accord avec ses valeurs, ses besoins et ses envies, tout en respectant la personne soignée. Je suis dès lors satisfaite de la tournure qu'a pris ce travail de fin d'études car il donne à la conception du soins une place centrale qui va déterminer l'ensemble de la prise en charge. De plus, le constat final de ce travail corrobore à l'aboutissement de ces quatre ans d'étude durant lesquels il s'agit pour chacun des étudiants de construire son rôle en fonction de sa propre identité.

Ce mémoire de fin d'études m'a permis de réaliser plusieurs apprentissages. En premier lieu, il y a le développement des connaissances en lien avec les aspects méthodologiques. En effet, ce travail qui constituait une première expérience pour moi, m'as permis de prendre conscience de la rigueur et du travail que demande une démarche de recherche. Cependant, j'ai aussi compris grâce à cette expérience qu'il est impossible de prévoir certains résultats et qu'on se retrouve à explorer des dimensions que l'on n'aurait pas soupçonnées. En ce sens, j'estime que la recherche est une expérience riche et gratifiante.

D'autre part, il faut noter les apprentissages réalisés vis-à-vis de la thématique de l'alcoolisme. Outre le développement des connaissances théoriques en lien avec cette pathologie, j'ai pu développer une vision globale, concernant une problématique complexe liée à une maladie qui l'est tout autant. Ainsi, les acquis réalisés durant cette recherche m'ont permis de mieux visualiser le rôle de l'infirmière en lien avec des personnes souffrant d'alcoolisme. De ce fait, ce travail me permettra de me positionner en toute connaissance de cause, lors de futures rencontres avec des patients alcooliques dans le cadre de ma pratique professionnelle.

9. Bibliographie :

Livres :

- ABRIC, J-C. (1994) *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Presses universitaires de France.
- ALLIN-PFISTER, A-C. (2004) *Travail de fin d'études : clés et repères*, France, Editions Lamarre.
- ARCHAMBAULT, J-C. (1992) *Comprendre et traiter les alcooliques*, Paris, Editions Frison-Roche.
- ARCHAMBAULT, J-C. & CHABAUD, A. (1995) *Abrégés d'alcoologie*, Paris, Masson.
- BERTHIER, N. (1998) *Les techniques d'enquête. Méthode et exercices corrigés*, Paris, Armand Colin
- COLLIÈRE, M-F. (1982) *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, InterEditions.
- COLLIÈRE, M-F. (2001) *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris, Masson
- CRAPLET, M. (2003) *Il n'est jamais trop tard pour parler d'alcool*, Paris, Editions la Martinière.
- FORTIN, M. (2006) *Fondements et étapes du processus de recherche*, Montréal (Québec), Les Editions de la Chemelière inc.
- FREUND, A. (1949) *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, Presses universitaires de France, Bibliothèque de psychologie.
- GOULET, O. & DALLAIRE, C (1999) *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morrin Editeur.
- HERZLICH, C. (1969) *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton.
- JODELET, D. & MOSCOVICI, S. (1989) *Folies et représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France.
- KEROUAC, S. , PEPIN, J. , DUCHARNE, F. , DUQUETTE, A. , MAJOR, F. (1994) *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*, Laval (Québec), Editions Etudes Vivantes.
- LACROIX, A. & ASSAL, J-P. (1998) *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*, Paris, Edition Vigot
- MOSCOVICI, S. (2003) *Psychologie sociale*, Paris, Presses universitaires de France.

- NADOT, M. (2002) *Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline*, in Perspective soignante. Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes, Paris, Editions Seli Arslan S.A.
- PELLEGRINI, C. (1994) *Soigner le malade alcoolique. Comprendre pour aider*, Paris, Editions Lamarre.
- QUIVY, R & CAMPENHOUD, L. (2006) *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.
- VARESCON, I. (2006) *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et toxicomanie*, Paris, Editions Belin.

Brochures :

- ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS (2003) *L'éthique dans la pratique de soins*, Berne, SBK-ASI
- MAYER, R. (1993) *Alcool, alcoolisme et lutte anti-alcoolique, évocation historique*, Genève, FEGPA.

Articles :

- BEYELER, Y. & GACHE, P. (2007) « Alcool au cabinet médical. Un kit de survie pour le praticien », in *Revue Médicale Suisse*, n°118, p.1677-1681.
- DORTIER, J-F. (2002) « L'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille », in *Sciences humaines*, n°128 p.24-27.
- FLEMING, M. (2004) « Efficacité des interventions brèves en alcoologie », in *Alcoologie et Addictologie*, n°26, p.17-19.
- GUILLO, F. (2005) « Parler d'alcool à des patients qui ne demandent rien... », in *Revue Médicale Suisse*, n°26, p.1712-1716.
- MAISONDIEU, J. (1996) « De la maladie alcoolique au mal-être de l'alcoolique » in *Le journal des psychologues*, n°141, p.19-24.
- TSIKOUNAS, M. (2006) « Promotion et dénonciation de l'alcool depuis 1881 », in *Alcoologie et Addictologie* n°28, p.347-355.

Ressources électroniques :

- AIMON, D. Le concept de représentation (en ligne)
<http://daimon.free.fr/mediatrices/representations.html>
 (Page consultée le 29 juin 2008)

- INSTITUT SUISSE DE PREVENTION DE L'ALCOOLISME ET AUTRES TOXICOMANIE, L'alcool en Suisse en quelques chiffres (en ligne)
<http://www.sfa-ispa.ch/index.php?IDcat=67&IDcat67visible=1&langue=F>
(Page consultée le 15 avril 2008).
- MONIN, P. Le déni : un mécanisme très répandu dans la population (en ligne)
http://pagesperso-orange.fr/psycause/031_032/031_032_le_deni.htm
(page consultée le 01 juillet 2008)
- FISCHER . Stéréotypes : définitions et caractéristiques (en ligne)
<http://psychoweb.dnsalias.org/index.php?post/Stereotypes-%3A-Definition-et-caracteristiques>
(page consultée le 15 juillet 2008)
- LANGIER, C. Le déni (en ligne)
<http://www.psychoweb.fr/articles/psychanalyse/344-le-deni.html>
(page consultée le 05 juillet 2008)
- Préjugés & stéréotypes, Projet de l'initiative de l'AFPS
<http://www.prejuges-stereotypes.net/main.htm>
(page consulté le 03 juillet 2008)

Annexes :

Premier annexe : trame d'entretien	page 1
Deuxième annexe : formulaire d'informations	page 2
Troisième annexe : formulaire de consentement éthique	page 3
Quatrième annexe : retranscription du premier entretien	page 4
Cinquième annexe : retranscription du second entretien	page 6
Sixième annexe : retranscription du troisième entretien	page 12
Septième annexe : retranscription du quatrième entretien	page 20
Huitième annexe : arbre thématique	page 24

Annexe 1 : trame d'entretien

Présentation de la personne interviewée :

- Age
- Niveau de formation
- Cursus professionnel
- Années de pratique dans le service actuel

L'alcoolisme, c'est quoi :

- Quelle est votre description de l'alcoolisme ?
 - ➔ Qu'est ce qui vous permet de dire qu'une personne est alcoolique ?

Prise en charge et accompagnement :

- Y a-t-il des éléments auxquels vous êtes particulièrement attentive lors de la prise en charge d'une personne qui présente une dépendance à l'alcool ? Si oui lesquels ?
- À quoi pensez-vous lorsque vous lisez le diagnostic OH sur le dossier d'un patient que vous vous apprêtez à prendre en charge ?

Représentation autour de la personne alcoolique :

- À quoi cette illustration (l'esclave volontaire)³ vous fait-elle penser ?
- Selon vous, aiguiller un patient dépendant vers une démarche d'abstinence entre-t-il dans le cahier des charges d'une infirmière en milieu somatique ?
 - ➔ Si oui, pour quelles raisons ?
 - ➔ Si non, pour quelles raisons ?
- Un nombre important de personnes pensent que l'abstinence est une question de volonté et considère la personne alcoolique comme fautive et responsable de sa condition.
Comment vous vous positionnez face à cette opinion ?
- Une étudiante infirmière vous fait part de son envie de travailler avec une population de personnes alcoolo-dépendantes, elle vous demande votre avis en tant qu'infirmière diplômée et expérimentée.
Que lui conseillerez-vous ?

³ L'illustration utilisée pour réaliser le questionnaire est une image d'Adolphe Willette ; reprise en 1905 sous formes d'affiche par la Ligue nationale contre l'alcoolisme. Elle est issue de l'article de Tsikounas (2006, p.351).

Annexe 2 : formulaire d'informations

Dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, j'effectue un travail de recherche sur le thème de l'alcoolisme et de sa prise en charge en milieu hospitalier.

Ce travail se base essentiellement sur plusieurs recueils de données effectués auprès d'infirmiers-ères diplômés-es travaillant dans un service de chirurgie générale ou de médecine.

Ce recueil de données est réalisé par le biais d'entretien enregistré durant lequel la personne interviewée sera soumise à un questionnaire.

Les infirmiers-ères que je souhaite questionner sont informés-es de ma démarche et ils-elles ont la possibilité, à tout moment de clore l'entretien.

Les informations recueillies durant l'interview resteront anonymes et l'enregistrement sera détruit immédiatement après la retranscription écrite de l'entretien.

Les réponses recueillies durant l'étude seront transmises à des personnes extérieures (écoles de soins infirmiers et autres Hautes Ecoles spécialisées santé - sociale, par exemple), la confidentialité des informations étant sauvegardée.

Anne-Laure Stalder
Étudiante à la Haute Ecole de la santé La Source

Annexe 3 : formulaire de consentement éthique

Thème de l'étude :

L'accompagnement des personnes souffrant de dépendance à l'alcool, par l'infirmière dans un milieu de soins aigus.

Le-la soussigné-e :

- Certifie avoir été informé sur le déroulement et les objectifs de l'étude mentionnée ci-dessus.
- Certifie avoir été informé que toutes les informations recueillies durant les entretiens resteront anonymes
- A été informé qu'il pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans préjudice d'aucune sorte.
- Consent à ce que les données recueillies pendant la recherche puissent être transmises à des personnes extérieures (écoles de soins infirmiers et autres Hautes Ecoles spécialisées santé – sociale, par exemple), la confidentialité de ces informations étant sauvegardée.

Le-la soussigné-e accepte donc de participer à l'étude mentionnée dans l'enquête :

Lieu, date, signature :

Signature de l'étudiant :

Annexe 4 : retranscription intégrale du premier entretien

Alors heu je vais te demander pour commencer de te présenter : Hum hum, alors je m'appelle ..., j'ai 24 ans, ça fait presque une année et demi que je suis diplômée et heu presque le même temps que je travaille dans le service de médecine.

D'accord alors heu question globale pour partir, selon toi, enfin, pour toi l'alcoolisme c'est quoi ? L'alcoolisme, heu c'est une dépendance, heu toutes boissons alcoolisées, par une personne qui ne peut se passer de... d'une consommation régulière et quotidienne d'alcool.

Donc heu justement qu'est ce qui te permet de dire qu'une personne est alcoolique par rapport à une autre personne ? C'est vraiment cette question de ne pas pouvoir s'en passer au fait ? Ben c'était justement, je pense, sur la quantité et la fréquence, sur le fait de ne pas pouvoir se passer heu d'une consommation régulière d'alcool au-delà du verre de vin au repas ou de choses comme ça je pense.

D'accord, ok et pis heu, quand y a un patient alcoolique qui arrive dans le service, y a des éléments auxquels t'es plus particulièrement attentive durant la prise en charge de cette personne ? Alors tout dépend si la personne arrive déjà alcoolisée dans le service et puis heu ben peut-être juste un peu sur l'historique de la personne, savoir si c'est heu quelque chose de récent ou si ça fait déjà plusieurs années qu'elle consomme de l'alcool, après voir si elle a déjà été suivie pour ses problèmes d'alcool, si elle est actuellement suivie et pis voir tout ce qui heu des problèmes de syndrome de sevrage, tout ce qui est heu tremblements, heu enfin symptôme de manque.

Hum hum d'accord et pis heu est-ce que tu penses à quelque chose en particulier quand tu lis le diagnostic OH sur le dossier d'un patient par exemple ? Est-ce que ça allume une lumière dans ton esprit ? Ben je pense qu'il y a une vigilance quand même à avoir par rapport à la personne justement, heu savoir où elle en est dans cette heu pathologie si on peut dire ça comme ça. Heu ouais ça revient un peu à ce que j'ai répondu avant si elle est suivie ou pas, si elle est assez soutenue, si elle en parle facilement, si elle en est consciente. C'est quand même quelque chose de difficilement abordable avec la personne en général. C'est un peu toujours tabou, heu... Peut-être que c'est moi qui ai de la difficulté encore vu mon peu d'expérience, mais je pense que c'est aussi difficile d'en discuter clairement avec la personne concernée.

Tout à fait, ok, heu, maintenant je vais te montrer une illustration. C'est une affiche qui a été faite en 1902 pour la ligue nationale contre l'alcoolisme. J'aimerais que tu me dises ce à quoi ça te fait penser, ce que ça représente pour toi cette illustration ? Ouais c'est assez choquant quand même, c'est un peu heu toujours cette histoire de... Ouais... En même temps, y a le côté heu interdit de la consommation d'alcool, le côté les alcooliques, heu c'est... Enfin boire c'est mal heu, plutôt dans ce sens-là. Et pis le côté heu social où heu ben surtout dans la jeunesse actuelle où boire c'est... c'est faire partie d'un groupe, c'est être reconnu, dans le mouvement, pis ben faut être dans le mouvement pour être accepté par les autres.

Ok heu, selon toi, heu le fait d'aiguiller un patient dépendant vers une démarche d'abstinence, ou heu vers des structures adaptées au traitement de cette pathologie, ça rentre dans le cahier des charges d'une infirmière en milieu somatique ? Oui, je pense, parce que déjà d'une part, dans les milieux somatiques, enfin dans tout milieu hospitalier, l'alcool est déjà interdit, enfin la consommation est déjà interdite, enfin fortement déconseillée donc nous on entre déjà plus au moins, si on veut dans une démarche, et pis je pense après c'est à voir avec le patient parce qu'on peut faire tout ce qu'on veut si la personne, elle n'accepte pas la situation ou ne reconnaît pas la situation, ben on ne peut pas faire grand chose. Ou alors après c'est une démarche qui est imposée, et puis ça c'est aussi toujours un petit peu difficile d'aller dans ce sens-là.

Et pis heu, il faut dire qu'il y a un nombre important de personnes dans la population qui pensent que l'abstinence c'est un choix, enfin de compte si on veut on peut, on entend

souvent, c'est des phrases qui sont souvent répétées, et pis ils considèrent la personne alcoolique comme fautive en fin de compte, pis responsable clairement de sa condition. Heu par rapport à ça, toi tu te positionnerais comment ? Moi je trouve que c'est facile de dire qu'on a le choix d'arrêter un moment ou l'autre, je veux dire heu, y a tout un contexte aussi, de la personne, de son entourage, de sa situation de vie, de plein de choses qui font qu'on n'y arrive pas. Et puis je pense que si la personne n'est pas entourée et encadrée suffisamment ce n'est pas facile quoi. Donc je pense que c'est... c'est toujours facile de dire à côté il boit c'est de sa faute, il n'a qu'à se débrouiller, mais tant qu'on n'est pas dans la situation heu, je crois que c'est difficile de se rendre compte clairement.

Ok imagine qu'une étudiante infirmière vienne vers toi, pis elle te parle de son envie de travailler avec cette population-là, elle te demande ton avis en tant qu'infirmière diplômée et expérimentée. Qu'est-ce que toi tu lui conseillerais par rapport à ça ? Moi je pense que ce n'est pas une..., je la déconseillerais pas du tout, enfin je veux dire c'est aussi un choix personnel, mais je pense qu'il faut aussi une certaine expérience, une certaine maturité par rapport à ce domaine-là. Moi personnellement je vois que ce n'est pas facile de toujours être en contact avec des personnes alcoolisées ou heu... ou dans heu... Comment dire ça, dans cette situation, donc je pense que... là ben clairement dans le service de médecine, c'est vrai qu'on a pas mal de patients qui sont... qui ont des problèmes d'alcool, donc ça permet aussi un petit peu de se faire une expérience et puis... mais je ne déconseillerais pas du tout, je veux dire, si c'est son choix..., si elle se sent... heu ouais c'est une expérience je pense.

Toi t'arriverais à citer, à ton avis, les difficultés que rencontrent les infirmières avec cette population-là ? Donc là tu viens de dire que ce n'était pas facile, sur quels points c'est ? Ben ce qui est difficile c'est la confrontation avec le patient, parce que lui-même il n'accepte pas ou alors il ne reconnaît pas heu... sa pathologie si on veut, donc heu c'est difficile de dire à quelqu'un vous êtes alcoolique, vous buvez, heu il faut faire quelque chose. En même temps peut-être c'est son choix de boire, y en a d'autres qui fument, y'en d'autres qui... voilà. Donc c'est toujours une discussion qui..., enfin en tout cas personnellement ce n'est pas toujours facile, heu y a une certaine relation de confiance à avoir avec la personne aussi, donc heu ouais je pense que ce n'est pas... ce n'est pas évident pis souvent les personnes ne la reconnaissent pas en fait. J'ai eu une expérience ce week-end où une personne qui a des problèmes d'alcool, et pis il disait non j'n'ai pas bu et tout, on a dû faire des examens de sang pour lui prouver qu'il avait consommé de l'alcool, donc ouais, y a toujours ce problème-là c'est que boire un verre c'est être social, c'est être... c'est faire comme tout le monde, pis après c'est la limite, et pis c'est de dire mais je ne bois pas beaucoup, après ben voilà, c'est un peu le problème de la quantité de la fréquence et tout ça je pense qui fait que... c'est un peu difficile.

Ok est-ce que t'aurais envie de rajouter quelque chose par rapport à ce qui a été dit ? Non pas particulièrement.

Annexe 5 : retranscription intégrale du deuxième entretien :

Pour commencer, je vais te demander de te présenter : alors j'ai 26 ans, je suis diplômée depuis deux ans, j'ai fait mon école à la Source et puis heu j'ai fini mon stage final ici en chirurgie et puis depuis lors je travaille ici.

Donc heu on va partir d'une question générale histoire de poser un peu le cadre et entrer dans le vif du sujet. Pour toi, c'est quoi ta description de l'alcoolisme ? Alors pour moi c'est une déviance à un moment où l'on est dépendant et puis on a besoin d'une certaine dose d'alcool pour différentes raisons qui peuvent être dans un premier lieu pour oser aller vers les autres, pour oser... Ben des fois simplement pour aller travailler, affronter ses collègues et puis c'est quand ça devient journalier et qu'on a vraiment besoin de notre dose pour heu... pour commencer la journée ou dans des moments difficiles aussi parce qu'on parle aussi des alcooliques du samedi soir, donc y a des gens qui sont dépendants à un moment donné pour une situation donnée.

Ouais d'accord, donc pour toi qu'est ce qui te permet de dire qu'une personne est alcoolique par rapport à une personne qui boit de temps en temps ? ça serait quoi ? Elle doit présenter des symptômes de sevrage, soit tremblements, sudation, des visions, et pis c'est là qu'on va vraiment se rendre compte qu'il y a un problème.

Ok selon toi est-ce qu'il y a une quantité ou à partir d'une quantité qu'on peut dire cette personne à mon avis elle est alcoolique ou c'est plutôt en lien avec des comportements ? Dans la quantité de verres non alors je pense plus dans le comportement. Mais vraiment la personne alcoolique elle présente ces symptômes, je ne pense pas qu'une personne qui ne soit pas alcoolique fasse de delirium par exemple. Même si c'est tous les samedis soirs, mais il va présenter ben des symptômes à mon avis.

Ok alors imagine qu'il y ait une personne alcoolique qui arrive dans le service. Est-ce qu'il y a des éléments auxquels tu seras plus particulièrement attentive pour la prise en charge de ce patient ? Alors je ferai attention déjà au cadre parce que c'est vrai qu'ici on peut donner de l'alcool à certaines personnes à midi ou comme ça. Heu je serai attentive par rapport aux aides pas qu'il y ait d'erreurs, qu'elles viennent me parler avant. Et puis aussi que le médecin soit au courant, et puis sinon ben attentive aux signes de sevrage.

Et puis quand il y a un patient qui demande à avoir un verre de vin à midi, ça passe par une autorisation médicale ? Alors si y a un problème d'alcoolisme avant oui, si c'est quelqu'un que ça fait déjà quelques jours qu'il est opéré, et qui n'a pas de problème d'alcoolisme que l'on connaît d'avant, il n'y a pas de souci, on peut leur donner comme ça.

Et pis comment tu te positionnerais par rapport au fait de donner de l'alcool à quelqu'un qui présente un trouble de type alcoolisme ? Alors moi ça m'était arrivé, ou ça m'avait... ou j'avais beaucoup de peine de me dire que... enfin j'ai toujours... ça me pose un problème de me dire que les gens, ils sont hospitalisés chez nous, on sait qu'ils ont ce problème-là, mais on ne peut pas... Ce n'est pas l'endroit où l'on va faire vraiment cette prise en charge. C'est vrai que quelqu'un qui va venir se faire opérer mais qui est soit toxicomane, soit qu'il a des problèmes d'alcoolisme ou d'autres problèmes, on peut leur proposer un sevrage mais ce n'est pas ici que ça va se passer vraiment. Donc nous ils seront ici pour le problème chirurgical, ensuite s'il y a un sevrage qui doit se mettre en place très souvent ils seront transférés en médecine et puis ensuite, ils partiront ben soit à Tamaris ou comme ça sur leur accord.

Mais c'est vrai qu'il y a une situation où plusieurs fois on a eu des gens, ben soit des femmes qui ont chuté à la maison, qui ont fait des traumatismes crâniens ou des femmes qui ont aussi des problèmes conjugaux qui se font battre et qui présentent aussi des problèmes d'alcool et qu'en fait, on peut... ils ne sont pas là... s'ils ne présentent pas le fait ben je veux me soigner, je veux mettre quelque chose en place, on peut rien commencer, et pis ce n'est pas ici que ça va se commencer, pas dans ce service et des fois c'est vrai que c'est difficile.

Par rapport à ça, ton rôle tu le décrirais comment ? Parce que si j'entends ce que tu me dis c'est qu'en chirurgie ce n'est pas la place pour faire un sevrage, mais alors dans ce cas jusqu'où tu irais dans ton rôle ? Donner des informations, aiguiller, trouver une place dans les services spécialisés, enfin jusqu'où tu places ton rôle infirmier ? Alors ben déjà dans l'information, soit de dire à la personne, une fois qu'elle sort d'ici, d'aller voir son médecin traitant, s'il n'a pas d'autres structures. Disons qu'elle ne présente pas à ce moment-là, en disant je veux faire un sevrage et pis que c'est encore vague, si vraiment elle veut un sevrage, on peut parler avec les internes et puis l'aiguiller vers la médecine pour commencer son sevrage et partir ensuite à Tamaris ou comme ça, ou alors, heu soit... je lui dirais dès le moment où elle sort de l'hôpital, de prendre contact avec son médecin traitant et qu'à ce moment-là, que lui puisse l'aiguiller et puisse lui donner vraiment les informations de comment ça va se passer et qu'est-ce qui va se passer. Parce que je pense aussi que pour un sevrage, ce n'est pas oui oui je veux me sevrer et pis voilà, y a aussi un travail à faire. J'avais eu un monsieur aussi ici qui était arrivé aussi pour un traumatisme crânien. C'est souvent ce qui a chez nous, donc ils sont là en surveillance 24 heures et quand il est arrivé, il a dit oui j'ai des problèmes d'alcool, il avait un taux d'alcoolémie assez élevé, en disant je veux faire un sevrage et puis le matin ben il a dit non non, je veux plus maintenant, je veux rentrer à la maison. Et en même temps il me disait oui. Ouais c'était assez mélangé, il me disait oui je ne veux pas rester, je ne veux pas que les assurances se retournent contre moi, que je doive prendre à ma charge et tout ça donc là c'est vrai que moi je pouvais plus le tenir ici. Il ne voulait plus rien savoir. Je l'ai quand même encouragé à essayer de faire un sevrage, ce n'était pas le premier qu'il faisait, et puis de l'aiguiller vers son médecin traitant. Après c'est vrai que c'est difficile, parce que c'est aussi... Si la personne n'est pas consciente de son problème, elle va aussi faire un peu de tourisme médical et là ce n'est pas évident. Donc je pense que c'est vraiment important que les informations se passent de l'un à l'autre, et autant je vais être attentive dont mes collègues soient au courant, pas qu'on soit surpris et puis qu'on soit plus attentif à ça. Aussi par rapport à son comportement, je vais faire attention en allant tout près s'il sent l'alcool, parce qu'il est libre d'aller à la cafétéria, ou de présenter quelqu'un qui devant l'hôpital leur donne de l'alcool.

Et puis si c'était le cas, comment tu réagirais ? Ça m'est déjà arrivé avec des toxicomanes qui prennent leur dose et puis qui reviennent. Ben je pense que si ça m'arrivait, ben directement je signalerais au médecin qui demanderait déjà des examens sanguins, pis après à ce niveau-là on serait obligé de le recadrer ou de dire... ou alors de faire en sorte et ça nous est déjà arrivé ici que des gens pour éviter les delirium, on leur donnait à boire parce qu'ils ne sont pas là pour se sevrer. Et ça c'est vrai que ça pose problème, enfin pour moi, c'est comme si c'est un toxicomane à qui je donne sa dose pour éviter les effets secondaires, et ça je trouve que c'est difficile. Et ça arrive, bon ce n'est pas vraiment dans le sujet mais pour les toxicomanes aussi où aux urgences, ils donnent des doses suivant à quel moment de la journée ça se présente, et ils savent que c'est des gens qui viennent chroniquement et puis qu'on... c'est difficile, ce n'est pas évident, on aurait tendance à vouloir sauver tout le monde.

On voit qu'on se confronte quand même à une limite, une marche de manoeuvre qui est quand même limitée avec ce type de pathologies. Bien sûr et c'est vrai qu'après on n'a pas non plus la suite qu'est ce qui va se passer, il peut très bien passer son sevrage ici et puis qu'il fasse un séjour à Tamaris, puis il sort et il se reprend de nouveau de l'alcool quoi. Mais c'est vrai que ce n'est pas évident et puis c'est difficile de voir l'échec ou des gens qui reviennent et pourtant les rechutes, ça fait partie de la thérapie.

Et ça tu penses que ça peut confronter les infirmières et les mettre à mal par rapport à ça et puis du coup les démotiver face à ce type de patients et ce type de pathologies ou bien ? Alors je pense que ça dépend. J'aurais par exemple beaucoup plus de patience avec des gens dépendants de l'alcool que dépendant de la drogue, mais c'est peut-être aussi un vécu.

J'ai dans ma famille quelqu'un de toxicomane aussi, c'est peut-être pour ça que je les supporte un peu moins, mes limites, elles sont beaucoup plus rapides que là. Non, ben je suis consciente, j'ai aussi fait un travail, j'ai fait un stage en psychiatrie où l'on avait des gens qui venaient pour des sevrages et puis on est bien conscient que les rechutes font partie de ça. Mais c'est vrai que quand on revoit arriver la personne et ben ça fait quand même mal, on se dit mince, qu'est ce que je peux mettre en place, qu'est ce que... Comment je peux l'aider au mieux, qu'est ce que je n'ai pas fait juste aussi quoi, qu'est ce que j'aurais pu faire différemment et puis je pense que c'est vraiment un travail d'équipe. Et puis il faut vraiment en parler, pas de triangulation entre nous, il faut que se soit clair et qu'on avance tous ensemble. Mais pour ça, il faut d'abord que le patient lui-même soit conscient, qu'il soit d'accord, et qu'il travaille avec nous quoi. Parce que si on rame, à contre-sens, ça ne sert à rien.

D'accord, est ce que tu penses à quelque chose de particulier quand tu lis le diagnostic OH sur le dossier d'un patient ? Est ce que ça allume une lumière dans ton esprit ? Donc de dire tiens il est Oh, c'est parce qu'il est comme ci ou il est comme ça ?

Ben de façon générale, est ce que ça t'évoque quelque chose ? Non, ben c'est juste qu'ici le problème c'est qu'on va anesthésier des gens et pis il y a des grands risques de delirium, parce qu'ils sont souvent aussi à jeun quelques jours, donc c'est aussi des fois difficile à gérer tout ça. Donc c'est plus à ce niveau-là, où je me dirais, tiens ça risque d'être un petit peu plus difficile le retour de salle d'OP, mais sinon non ça ne m'évoque pas...

D'accord, heu là je vais te montrer une image, donc heu c'est une affiche qui a été réalisée dans le cadre de la ligue nationale contre l'alcoolisme, c'est une affiche de 1902, et j'aurais envie de savoir à quoi ça te fait penser, qu'est-ce que ça évoque pour toi cette illustration ? Ouais ça me fait déjà penser un peu à la co-dépendance, comment il se fait servir, apparemment il est aussi dans un bistrot donc ce n'est pas quelqu'un qui boit seul à la maison. Ça me fait plus penser à quelqu'un de... qui a envie de se trouver une place dans la société que quelqu'un qui boit seul à la maison, qui aurait de la solitude ou qui n'arriverait pas...

Donc toi tu fais une différence entre ces deux types d'alcoolisme, l'alcoolisme social et l'alcoolisme solitaire ? Ah ouais moi je pense, ce qui ne veut pas dire que la personne qui a besoin pour un niveau social ne va pas boire avant à la maison, mais je fais quand même une différence. Ça montre en même temps que l'alcoolisme, ce n'est pas anodin apparemment ce n'est pas quelqu'un de très vivant en chaire, donc c'est un peu l'ami du mal quoi.

D'accord, dans la population, y a un nombre important de gens qui véhiculent l'idée que l'abstinence c'est un choix de vie en fin de compte, et pis quand on veut arrêter on peut et que voilà la personne alcoolique, elle est responsable de sa condition actuelle. Toi tu te positionnerais comment vis-à-vis de cette opinion-là ? Moi je ne pense pas du tout parce que même à la limite, si admettons, elle choisirait de prendre son premier verre donc avant bien même la maladie, je pense qu'il y a d'autres problèmes bien plus silencieux en dessous. Moi je ne pense pas qu'on est prédisposé à être alcoolique, mais je ne pense pas non plus que du jour au lendemain, on devient dépendant comme ça sans raison, enfin je pense qu'il y a des problèmes sous-jacents, des problèmes de personnalité, des gens très timides, intravertis ou des gens qui ont de la peine à se faire reconnaître socialement aussi ou de gens qui ont été rabaissés. Je pense que souvent, y a quand même une raison sous-jacente, mais ils ne sont pas... c'est un engrenage pour finir y a un peu tout qui se mélange et puis ce n'est pas, je ne pense pas que c'est, enfin je n'en sais rien mais je dirais que je ne pense pas que c'est dès le premier verre qu'on devient dépendant comme ça peut arriver avec certaines drogues. Mais qu'en même temps c'est un engrenage, pis au début, on se sent bien plus joyeux tout est plus facile et au bout d'un moment et ben y a cet engrenage, qu'on ne peut plus s'en passer et pis là on peut présenter des symptômes de manque qui ne sont pas agréables. Pis du moment où ça se présente... je ne pense pas qu'on choisisse d'être alcoolique ou pas.

Imagine qu'il y a une étudiante en fin de formation qui vient faire un stage dans le service de chirurgie, et puis elle te fait part de son envie de travailler avec des personnes souffrant de dépendance à l'alcool. Elle te demande ton avis en tant qu'infirmière diplômée et expérimentée par rapport à son choix de carrière, qu'est-ce que toi tu lui conseillerais ? Moi je l'encouragerais, parce que je pense que, bon déjà c'est une pathologie qui est très... qui est vaste, y a plein de choses autour dans comment ça se fait, comment ça se met en place, qu'est ce qu'on peut faire et pis tout ça, donc je pense c'est déjà très intéressant à ce niveau-là. Et puis d'autant plus dans le relationnel, si elle aime le relationnel, d'autant je lui dirais que c'est quelque chose qui est fait pour elle.

Donc à ton avis, il faut quand même avoir heu... Il faut avoir du tact, il faut avoir quelque chose en soi, au niveau relationnel ce n'est pas facile, oui.

Et tu arriverais à dire en quoi ce n'est pas facile ? Ben par exemple pour moi ça serait difficile à accepter le fait que... de recommencer, je sais que ces rechutes elle sont normales, mais ça me remet aussi en question et puis ce n'est pas évident, ça pose quand même problème parce que ça demande une remise en question, ça demande le courage de recommencer de tout reprendre à zéro. Ça pour moi ça serait difficile, pour une autre personne, ça peut tout à fait être faisable, comme certaines personnes qui sont faites pour travailler en EMS et pis les autres, ils leur faut quelque chose de plus aigu, où ça tourne plus.

Et le fait qu'elle soit en début de carrière si on veut, à ton avis, tu penses qu'il faudrait avoir un certain bagage avant de pouvoir se lancer ? Moi je ne pense pas, parce que je pense qu'il y a certaines personnes, ça peut faire 10-15 ans qu'elles sont dans un... par exemple dans ce service et je ne les verrais pas du tout travailler dans ce milieu-là, donc je pense que ça fait beaucoup partie, du tact, de la façon d'être et puis de ce qu'on est prêt. Par contre, peut-être que je ne lui conseillerais pas de faire ça tout le temps, peut-être à petit pourcentage de faire ça et à un autre pourcentage autre chose, ou alors dans une période limitée, pour ne pas rentrer dans ce... par peur de rentrer de ce... je ne sais pas comment dire, ce raz le bol, cette routine, parce que ça peut engendrer de passer à côté de certaines choses, puis d'autant plus au début quand on est bien motivé, que l'on commence n'importe quel travail, c'est génial, mais du moment où ça lui apporterait moins, où elle se sentirait agacée, faudrait changer, je lui conseillerais ça. Parce que c'est quand même je pense lourd comme prise en charge. Il y a beaucoup de choses, ben je pense autant au niveau social avec des tuteurs, avec l'appartement, il faut aller parler, il faut mettre un peu tout ça en place et je pense que ce n'est pas toujours facile de recommencer et de mettre tout ça en place, c'est énorme.

Je voudrais aussi savoir comment tu te positionnes par rapport au déni, parce que, il est vrai que les personnes alcoolo-dépendantes peuvent souvent être dans le déni ou dans une certaine ambivalence, donc comment tu te positionnes dans le fait de vouloir soigner quelqu'un qui n'en a pas envie en fin de compte ? En fait, nous ici, c'est encore relativement facile parce qu'on ne va pas le soigner pour ça, par contre, je ne baisserais pas les bras. Ça me fait penser à quelqu'un à qui, on apprend un cancer, pis dans un premier tant il sera dans le déni et ce n'est pas pour autant que je ne vais plus lui parler du mot cancer, ce n'est pas pour autant que je vais ignorer cette problématique, je me dis ben j'attends et l'on verra. Je pense qu'il y a certaines personnes, il leur faut aussi du temps pour qu'elles se rendent compte, du temps pour qu'elles voient réellement avec leurs yeux, leur situation. Certains ça leur paraît tout à fait normal et pis en fait, on filmerait qu'elles trouveraient ça... ça les dépasse et elles se ne rendent pas compte. Donc heu ça ne me ferait pas baisser les bras, je continuerais à en parler avec, je continuerais à lui parler de sevrage, je ne ferais pas non plus de ressasser toujours les mêmes choses et pis de passer pour finir dans un... où ça devient un peu de la communication violente, où je le force à quoi que se soit, mais j'essayerais quand même de l'amener et je pense que c'est très important pour une fois de vraiment en parler entre collègues et que ça puisse suivre et qu'on aille tous ensemble.

Mais peut-être qu'à l'heure actuelle où je lui parle, ça ne lui fera rien du tout, mais peut-être qu'une fois à la maison, il va y repenser, ce n'est pas perdu.

D'accord, dans les précédents entretiens, souvent les personnes m'ont dit qu'elles trouvaient difficile d'aborder la problématique de l'alcool avec la personne et par exemple en lien avec la question du déni. Est-ce que toi tu as ressenti ces difficultés ? Alors ici ça va parce que c'est vrai que les gens quand ils viennent, très souvent ils sont alcoolisés. Comme je disais, si on les a au moment aigu, c'est au moment où ils ont le traumatisme crânien parce qu'ils ont chuté pour un problème d'alcool alors là, c'est facile de l'aborder, même si c'est le lendemain parce qu'on le sait et il le sait qu'on le sait, donc c'est facile. Par contre, je pense à quelqu'un qui vient pour se faire opérer et puis on voit qu'il a un OH chronique, là ça serait plus difficile. Moi j'essaie de l'amener au fait en lui disant ben voilà vous allez subir une opération qui comporte des risques avec l'anesthésie, j'essaie de l'approcher comme ça. Et puis en lui disant et ben pour nous c'est important, je ne suis pas là pour vous faire la morale, je ne suis pas la non plus pour vous juger ou quoi que se soit, mais on a besoin de ces informations de savoir si vous consommez encore à l'heure actuelle parce que voilà les risques sont tels et tels, et on a besoin de mettre aussi en avant ben pour sa vie aussi c'est dangereux, il peut en mourir, donc moi je l'aborde de cette manière. Ce n'est pas difficile parce que j'ai une cause du pourquoi en parler et dans d'autres moments où c'est aigu, ben il sait que je le sais, et c'est plus facile.

Est-ce que tu estimes que ça fait partie de ton rôle d'éducation à la santé d'aborder cette question-là où est-ce que tu l'abordes uniquement lorsqu'il y a des risques pour la santé lors d'opérations ? Non je pense aussi à l'éducation, à la santé, parce que même une personne qui repart à la maison et qui est sous antibiotiques, ce n'est pas anodin non plus donc on va en parler aussi et répondre à ses questions, et certaines personnes le demandent spontanément aussi, c'est pas tellement tabou.

On estime qu'environ 20 % des patients hospitalisés présentent soit une consommation excessive, soit une dépendance chronique, principalement dans les services de médecine, urgence et chirurgie. Voilà qu'est-ce que ces chiffres t'évoquent ? Tu as une proposition d'amélioration de la prise en charge pour que ce chiffre baisse ? C'est une question difficile. Je veux dire l'alcool, on en parle, on le voit dans les journaux après le week-end, je veux dire y a de plus en plus de bagarres de gens alcoolisés, ces choses-là. On voit aussi pas mal d'accidents de travail. Et ça c'est des gens qui vont plutôt en orthopédie, des gens qui tombent. Mais sinon c'est vrai que comment prévenir pour diminuer ce taux en étant ici, (silence) ? C'est difficile. Je pense que quelqu'un qui boit occasionnellement et qui se retrouve ici, ça nous est arrivé, des dames qui rentrent avec leur voiture, bêtement parce qu'il y a le verre de trop, ou alors une personne qui va tomber dans les escaliers aussi parce que c'est le verre de trop. Elles sont déjà très honteuses, elles le disent, j'ai honte, mince il y a encore mon fils qui va venir me chercher, je ne sais pas comment lui dire. Parce que c'est des mamans de trente ans ou de quarante ans, elles ont déjà plus. Et pis là je pense qu'il y a même pas besoin de prévenir beaucoup plus que ça, enfin je veux dire, elles ont compris, et ce n'est pas des gens qui vont recommencer. Et pis pour la personne qui pose une pathologie alcoolique, là je me dis, il y a la thérapie à faire. Mais après en matière de prévention, on est tous, enfin beaucoup conscients, enfin tout le monde sait ce qu'est une cirrhose quand on parle, en tout cas beaucoup de monde, ils voient ce que c'est, on va dire cirrhose, beaucoup de gens vont dire alcoolisme, même s'ils ne sont pas dans le médical. C'est un peu comme la cigarette avec le cancer du poumon. Mais après (silence), c'est vrai que ce n'est pas vraiment ici qu'on va faire une prévention. Je pense peut-être plus aux urgences, mais ici pas tellement.

Par contre je conseillerais à toutes personnes qui vont avoir une prise en charge d'être très prudent, soit à ce qu'on dit, soit à notre comportement, pas qu'il se sente jugé, pas qu'il se sente rabaissé et plutôt qu'il se sente soutenu, pis qu'on va se battre ensemble, ce n'est pas une bataille qu'il fait seul, mais ce n'est pas nous qui pouvons le faire pour lui non plus.

Et tu penses que ce côté de non-jugement et d'accompagnement, il est présent dans l'esprit des infirmières en milieux somatiques ? Pas partout, je veux dire, on a tous notre vie à côté quand même. Ben pour moi, il y avait quelqu'un de toxicomane dans ma famille, pour moi c'est beaucoup plus difficile. Une personne qui je pense aura sa maman ou son papa, qui a des problèmes d'alcool, ça sera beaucoup plus difficile de ne pas juger, de ne pas... je veux dire, on a tous certaines choses où c'est plus difficile, ou rien que la question de l'avortement, on n'est pas tous pour oui ou pour non, ça heurte quand même là, mais après notre boulot, c'est aussi d'aider ces gens, et puis de pouvoir dire, ben moi je ne peux plus, je ne peux pas, et là c'est pour ça qu'on a un travail d'équipe pour se soutenir aussi, ce n'est pas toujours facile. D'autant que quand c'est quelqu'un dans le déni, on en parlait avant, ben ça prend de l'énergie aussi, c'est important de travailler ensemble, on a un travail d'équipe, il faut se serrer les coudes.

Annexe 6 : retranscription intégrale du troisième entretien

Donc pour commencer je vais te demander te de présenter : Je m'appelle..., je suis infirmière en soins généraux, j'ai heu 35 ans cette année, j'ai fait la formation en soins généraux, et puis après par la suite j'ai travaillé trois ans en orthopédie et ça fait une dizaine d'année que je suis ici en médecine. J'ai eu deux grossesses qui m'ont fait arrêter un petit moment le travail, je travaille à 70% maintenant, et puis je n'ai pas fait de formation particulière en dehors de ma formation.

Ok, donc heu une question générale pour entrer dans le vif du sujet, quelle est ta description de l'alcoolisme ? Pour moi c'est des personnes qui ont une faiblesse à quelque part et qui ont besoin de remplir ce... ce « trou » par une dépendance au fait, pour moi c'est des gens souvent qui sont un peu plus... plus vulnérables que les autres.

D'accord et alors comment tu fais la différence entre une personne qui heu la personne qui boit régulièrement et pis la personne alcoolique ? Où est la limite ? Pour moi la limite c'est quand elle ne peut pas s'en passer, une personne qui boit régulièrement mais qui peut très bien être deux semaines sans boire voilà et que ça ne lui manque pas, c'est pas une personne alcoolique par contre même celui qui boit qu'un verre par jour, mais qui ne peut pas se passer de ce verre-là est alcoolique.

Donc ce n'est pas une question de quantité mais c'est vraiment une question de privation ? Oui une question de dépendance. Par rapport à ça j'ai aussi fait un stage durant ma formation d'un mois aux Oliviers.

Ouais, ok alors heu est-ce qu'il y a des éléments auxquels t'es particulièrement attentive lors de la prise en charge d'une personne qui est alcoolique, qui arrive dans le service par exemple ? Ben de capter les moments où il y a un syndrome de manque qui se fait sentir, pour avoir des calmants du genre anxiolytique à donner assez rapidement. Heu nous on a beaucoup de personnes qui viennent pour des sevrages, enfin beaucoup de gens, on a régulièrement des gens qui viennent pour des sevrages, donc on sait déjà qu'ils viennent pour ça.

Donc c'est le motif d'hospitalisation « sevrage » ? Ouais ou ils font un malaise sur alcoolisme, mais y en a des qui viennent effectivement que pour sevrage, heu... volontaire ou alors des gens qui ont fait des crises d'épi sur sevrage, ou des malaises. Mais heu aussi ce qu'il faut c'est se méfier des gens qui font des malaises à domicile mais qu'on ne sait pas forcément qu'ils sont alcooliques, mais qu'on voit après la tension, ou la nervosité, les tremblements, etc. qui s'installent et qui faut...

Ça se révèle à ce moment-là au fait ? Ouais y a de ça aussi oui. Ou selon les pathologies quand on commence à poser des questions pour le recueil de données, on voit qu'il y a quelque chose qui... mais souvent les gens ne disent pas clairement, heu je veux dire souvent leur consommation, elle est diminuée, ou elle est cachée, c'est dans les symptômes plutôt qu'on remarque les choses.

Ok et est-ce que tu penses à quelque chose en particulier quand tu lis le diagnostic OH sur le dossier d'un patient ? ça allume une lumière ? Oui quand même ouais ouais, y a déjà : attention risque de... d'être pas bien et pis y a le degré de dépendance quoi, quelque qu'un qui est dépendant d'une substance, la même chose quand on voit toxico ou comme ça ... toxicomanie et ben, on se dit voilà c'est quelqu'un qui... souffre d'une dépendance quoi.

Ouais ok le fait d'aiguiller un patient dépendant vers une démarche de sevrage ou bien d'éduquer les patients par rapport aux comportements à risque qu'il a, ça fait partie du cahier des charges d'une infirmière en milieu somatique ? Heu faut pouvoir avoir le temps, mais je crois que c'est... c'est plutôt médical, je trouve, le fait de demander à la personne de diminuer sa consommation. C'est vrai que nous on n'a pas forcément le temps de faire un enseignement, à moins que ce soit vraiment des gens qui soient venus pour ça.

Mais autrement, ben oui on peut en parler lors de discussions qu'on fait, mais je ne pense pas que c'est une valeur très... ouais je ne sais pas vraiment dire, maintenant on a tellement peu de temps de venir discuter avec les gens etc., que souvent on n'a pas... heu les moyens de venir et pis être là vraiment, à prendre du temps pour ça, pour dire comment vous vous sentez avec votre consommation ? comment vous envisagez les choses ? enfin ce n'est pas toujours évident d'aborder le sujet non plus, à moins que ce soit la personne qui effectivement vienne volontairement pour des problèmes d'alcool alors ça c'est différent parce qu'ils viennent pour ça, on peut forcément en parler. Mais d'autres personnes ben, si ce n'est pas le sujet principal souvent on n'en parle pas autrement.

Tu arriverais à mettre en évidence qu'est ce qui n'est pas évident dans le fait d'aborder le sujet de l'alcool avec un patient ? Ben déjà souvent c'est renié, les gens heu... ils nient le fait d'être dépendants de l'alcool ou de leur consommation. Déjà quand on en parle souvent ils minimisent la quantité consommée, et puis ils ont l'impression qu'ils ne sont pas dépendants quoi, c'est... aussi des fois le diagnostic d'OH... d'alcoolisme, je ne sais pas, des fois, il est vite posé aussi, pis c'est une étiquette qui les suit une fois qu'elle a été mise dans le dossier, c'est bon quoi.

Y a quand même une consonance un peu négative lorsqu'on parle d'étiquette. Vous pensez que les personnes alcooliques souffrent d'une étiquette justement dans les milieux des soins somatiques ? (silence) Ben je pense qu'il y a forcément un a priori quand on sait qu'ils sont alcooliques, y a déjà ouais... à quelque part, c'est comme les gens qui sont anxio-dépressifs, ils ont déjà aussi une étiquette qui leur reste dessus, même si c'est une ancienne histoire ben dès qu'ils sont plus plaintifs ou quelque chose ben c'est déjà... ouais on a déjà une notion de dépression donc on met plus les choses sur du non-somatique quoi. Mais effectivement les alcooliques, y a toujours cette notion un peu péjorative hein.

D'accord, on va rester un peu sur cette thématique là. Je vais te montrer cette illustration. C'était une affiche qui a été faite un 1902 pour la ligue nationale contre l'alcoolisme, c'est une affiche française. Et pis j'aurais voulu savoir ce que ça représentait pour toi, enfin ce que tu pensais de cette image, de cette illustration ? Il y a deux trois choses intéressante comme la chaîne là, ça fait qu'il est un pilier de bar et qu'il est enchaîné. Ça veut dire qu'il y a vraiment une dépendance, aussi le fait que c'est difficile d'en sortir. Il y a aussi l'image de l'ouvrier là, je trouve ça fait très pauvre, et pourtant c'est de loin pas le cas quoi. Il y a beaucoup de gens qui ont... on n'a pas du tout l'impression quand on les voit comme ça, l'alcoolique n'est pas forcément un homme, pauvre, vieux et ce qu'on veut quoi. Il y a plein de jeunes, pleins de femmes, plein de... d'autres personnes qui n'ont pas cette allure-là. Et pis heu je trouve que beaucoup de gens ne se rendent pas compte que c'est un... qu'il y a la mort derrière l'alcoolisme. Et pis ce n'est pas des poivrots non plus, les alcooliques c'est des gens qui ne sont pas forcément bourrés comme on dit, ils peuvent être tout à fait bien, avoir une bonne discussion et pis au fait être à... avec un taux d'alcool qui est assez élevé déjà, qui maintiennent tout à fait la discussion.

Donc cette illustration ne correspond plus à... Ben disons que c'est souvent représenté comme ça dans la... dans les idées populaires, mais dans la réalité ce n'est pas ça quoi, y a plein de gens qu'on ne se rend pas compte. Suivant même déjà les professions, les représentants, les gens comme ça, qui doivent boire... enfin qui boivent régulièrement dans leurs prestations et pis qu'après ils ne peuvent plus s'en passer. C'est des gens qui ont un rôle, un salaire, une profession je veux dire ce n'est pas un déchet de la société.

Ok donc on voit que l'image, elle a quand même clairement bien changé. Ouais ben nous on s'en rend compte aussi, mais souvent les gens quand on leur dit, il est alcoolique, ils s'imaginent ça (illustration).

Tu penses que c'est une image qui se déconstruit quand on entre en milieu de soins et qu'on est vraiment... Oui parce qu'on est confronté avec d'autres choses, pis on le voit, enfin on l'apprend. Ouais ce ne sont pas ceux qu'on croise dans la rue. On dit celui-là il est alcoolique, parce qu'il a l'air complètement... voilà, mais on arrive à se rendre compte qu'il existe d'autres personnes alcooliques qui n'en ont pas du tout l'allure.

OK d'une manière générale t'estimes que ton rôle va jusqu'où ? Parce que là tu as exprimé la notion de surveillance, au niveau des effets secondaires du sevrage, est-ce que ton rôle va au-delà de ça ou... comment tu limiterais ton rôle par rapport à ce type de population ? De mise en garde aussi, d'information, je veux dire, on peut aborder le sujet selon l'ouverture de la personne, pouvoir approfondir. Suivant comment elle aborde le sujet ou qu'elle accepte comment dire certaines perches qu'on leur tend, après on peut approfondir un peu plus le sujet. Mais ce qui n'est pas évident c'est que souvent on s'occupe seulement pendant deux jours de la personne, donc quand on instaure une relation de confiance, souvent après on n'est plus avec la même personne. Donc heu c'est là que c'est plus difficile, faudrait avoir une relation de confiance avec une personne pour pouvoir aborder des sujets qui les touchent. Et souvent c'est quelque chose qui touche le vécu, le profond hein, c'est j'ai dit des personnes sensibles souvent donc hein, ça peut être des personnes plus sensibles que les autres. On est touché dans quelque chose qui les touche aussi à quelque part, ce n'est pas évident quand on les a vus qu'une demi-heure.

Est ce que tu estimes que le fait que des fois t'as des patients qui refusent vraiment le fait de voir qu'il y a une dépendance qui s'installe, qui sont un peu dans le déni, est-ce que tu estimes que c'est plus difficile d'entrer en relation avec ces personnes-là ? Oui parce qu'à quelque part il y a un déni donc on ne peut pas approfondir la chose donc on est obligé de rester un peu plus superficiel et du coup c'est pas la même relation de confiance.

Est-ce que tu estimes que les infirmières ont l'impression ou toi personnellement t'as l'impression de vivre un échec en ayant si peu de marche de manoeuvre avec certains patients qui sont complètement fermés à la discussion ? Je crois qu'on se blinde un peu, comment dire ça ne nous touche plus. Déjà on s'occupe de tellement de monde que voilà si un ne veut pas aller plus profond, ben on va vers un autre quoi, on n'arrive pas... Si je n'avais qu'une personne à m'occuper et que je vois que je n'arrive pas aller aussi loin que je voudrais, ben ça m'énerverait, mais là si on n'arrive pas, si on n'arrive pas à prendre le temps ben, on va faire autre chose. On va vers ceux chez qui l'on peut agir, on s'acharne pas chez ceux avec qui l'on ne peut pas. C'est vrai que notre rôle est très vite limité hein, déjà sur une semaine de soins à peu près, en moyenne 4-5 jours où ils sont là, si on s'occupe un jour ou deux de la personne, on ne peut pas tellement approfondir. Souvent c'est des choses de fond qui doivent être faites ailleurs. Médecin traitant ou je ne sais pas.

Y a un nombre important de personnes qui pensent que l'abstinence c'est une question de volonté et puis ils considèrent l'alcoolique en fin de compte fautif par rapport à sa condition. C'est un message qui est passablement véhiculé au sein de la population suisse et l'on observe clairement un clivage entre les gens qui... enfin où la consommation c'est être social, et pis c'est vraiment entrer dans la société, pis dès qu'on dépasse les limites acceptée socialement, ben on est mis de côté. Comment tu te positionnerais par rapport à cette opinion-là ? Moi je pense que ce n'est pas si simple d'arrêter, il y a tellement de tentations et de moyens de rechuter que c'est de loin pas facile pour eux. Et puis justement c'est tellement ancrer dans la vie sociale que la personne qui ne boit pas est déjà regardée de travers même si c'est simplement par goût ou quelque chose, mais si en plus c'est par « maladie », c'est encore plus dur, y a tellement plein de publicité, et pis même partout où l'on va les gens boivent un verre, ça paraît... c'est vraiment dans le social, dans le canton de Vaud ou même ailleurs, c'est tu viens boire un verre, ce n'est pas viens boire un café.

C'est rarement ça c'est tu viens boire un verre, on prend un apéro ou quelque chose, et pis les gens ils sont déjà dans un cercle social où les gens boivent autour d'eux, alors pour se sortir de là, c'est encore pire que la cigarette je crois. C'est tellement ancré dans le... on est presque associable si on refuse de boire quoi, des fois les gens, disent mais tu veux pas boire un verre, je trouve que c'est difficile, et puis même si on boit des bières sans alcool, il ne faudrait pas qu'ils en boivent, ça leur donne de nouveau l'envie du goût de la bière donc heu, après on peut être traité de « kéké » ou je ne sais pas quoi, si on se met à boire de la limonade et les autres sont à la bière ou à l'alcool.

Ok, imagine que dans le service tu reçois une étudiante en fin de formation pour un stage, et elle te fait part de son envie de travailler avec une population alcoolo-dépendante. Elle te demande ton avis en tant qu'infirmière diplômée et expérimentée, tu lui conseillerais quoi ? Du genre vas-y ou ne le fait pas ?

Ben ouais elle te demande ton avis par rapport au fait de choisir cette spécialité à la sortie de ses études. Ouais moi je lui dirais déjà de se faire un petit acquis avant, d'avoir une certaine expérience, d'avoir vu différentes choses avant de se lancer juste là-dedans, parce qu'il faut se blinder un petit peu je pense. Il faut avoir un peu de recul et puis de vécu quoi avant de se lancer que dans l'alcoolisme. Parce que moi quand j'ai fait mon stage, j'étais en formation mais, aux Oliviers, ben on est vachement touché par ces gens et puis on n'a pas assez de maturité je trouve, bon ça dépend aussi de l'âge et de ce que tu as fait avant, mais heu on se fait toucher, ils savent comment nous toucher aussi pour nous entraîner un peu avec eux aussi, mais on n'a pas le recul d'une professionnelle au tout début je trouve. Et pis je trouve aussi que ce n'est pas mal d'être d'abord en équipe, d'abord en milieu où l'on voit un peu de tout, pour se faire un petit peu un bagage et puis après se spécialiser dans quelque chose d'un peu plus pointu. Je pense que d'être qu'avec des personnes alcooliques, par exemple dans une fondation ou comme ça, c'est des gens qui ont besoin de quelqu'un de stable sur qui s'appuyer, parce qu'eux sont en moment de détresse, enfin de... où ils n'ont plus leurs points de repère, avant ils tournaient dans une certaine routine de consommation et tout d'un coup on leur enlève tout ça, ils sont dans le vague un peu, il faut qu'ils s'appuient et puis je pense qu'il faut quelqu'un qui ait un peu de vécu aussi derrière.

Toi tu estimes que les infirmières qui travaillent en lien avec ces personnes-là, elles devraient avoir une expertise en lien avec la relation à l'autre ? Déjà ça...

Enfin quelles compétences devrait avoir l'infirmière pour travailler dans ce milieu ? De l'écoute mais aussi heu... c'est difficile, mais heu... ouais une certaine objectivité et puis un recul, je pense qu'il faut y aller aussi... ouais faut avoir une bonne écoute, quelle est l'origine un petit peu, qu'est ce qui les a amenés à devenir consommateurs réguliers et puis un petit peu pouvoir déceler avec eux la façon de pouvoir un peu démanteler ce cercle vicieux au fait dans lequel ils sont, pis je pense qu'il faut déjà du temps, il faut de la patience, de l'écoute et de l'empathie mais je pense que c'est vrai quand on n'a pas beaucoup de vécu, on a peu de moyens d'agir je trouve. Ce qui n'est pas évident, c'est que... après on en fait quoi, on peut que conseiller les gens d'aller voir leurs médecins ou aller faire une cure ou quelque chose mais on n'est pas médecin donc heu on ne peut rien prescrire, on peut rien... et pis souvent les gens ils entendent un petit peu, ça dépend ou ils en sont dans leur acceptation, mais après ils repartent dans la vie, on a l'impression qu'on n'agit pas... des fois, on leur met une petite puce à l'oreille mais on ne les revoit plus donc on n'a pas... Par contre dans une maison spécialisée ce qui est dur, c'est que les gens, justement dans un milieu où ils ont été amenés là par contrainte ou par volonté, mais c'est très difficile pour eux, pis là je pense qu'il faut quand même un peu d'assurance, enfin je veux dire un peu de recul pour les infirmières. Parce qu'ils nous testent, ils nous mettent en...

Donc c'est des patients qui sont facilement plus heu difficiles dans leur relation ? Oui parce qu'ils sont plus sournois, ils tournent un peu autour du pot ou bien (silence) dans les séances que j'avais, on n'était pas habillé en infirmière, on était, on se tutoyait entre patient et soignant, donc y avait absolument pas de barrières par rapport à, aux professionnels et aux résidents et puis après c'est dur de mettre en route un... surtout d'avoir un discours professionnel, d'avoir une relation d'aide plutôt qu'une relation comme dans un café ou voilà. On devait les introduire, par les jeux ou par des trucs, mais pour moi c'était quelque chose de très difficile d'avoir une relation plus professionnelle que d'être là simplement à discuter de la pluie et du beau temps. Et pis ce n'est pas évident quand on n'a pas de... déjà quand on est une femme parce que évidemment là-bas, il y avait que des hommes. Heu d'avoir, ouais de pouvoir diriger une discussion, d'être plus ferme, d'être plus sûr de soi et puis d'aller... voilà de recadrer un peu les gens, ça c'est très difficile je trouve parce qu'ils sont vite volubiles, ils nous dévient régulièrement de la conversation pour ne pas aller dans les endroits sensibles, donc heu ouais moi je pense qu'il faut un peu de maîtrise de la discussion, d'être professionnel quoi. Parce que ouais ici suivant où on est, on a la blouse blanche, on a les chambres, où j'étais c'était vraiment... on se voyait dans des salons en fait, devant des jeux de bagammon, ou je ne sais pas quoi, donc c'est vraiment très difficile d'entrer en relation professionnelle, enfin pour moi en tout cas. Bon j'avais 19 ans c'était aussi... ça fait loin quoi mais c'était vraiment pas facile avec le tutoiement.

Il y avait beaucoup de choses ? Oui parce que c'était des jeunes en plus, c'était article 44, c'est des gens qui étaient là pour se faire traiter, pour pas être en prison, je veux dire heu voilà. On n'a déjà pas l'habitude de la personne dépendante, on n'a pas... peu de recul, peu de...pis comment rentrer dans une discussion pis être professionnel dans ce cadre c'est hyper dur moi je trouvais. Mais bon ça dépend exactement où l'on va travailler.

Et pis, en milieu somatique de manière générale, tu es contente de la prise en charge que tu peux offrir aux patients ? Les patients alcooliques ? Non ici c'est médicamenteux uniquement, on n'a pas de relation d'aide quasiment, donc on est là pour donner des anxiolytiques au fur et à mesure que les gens commencent à trembler ou à n'être pas bien, à transpirer, pis après on les dirige vers d'autres choses. Donc c'est vrai qu'ici on fait du sevrage médicamenteux mais pas autres choses. On n'a pas de... on a un psychologue, un psychiatre qui est... consultant qui peut venir une fois, mais voilà il n'y a aucun suivi psy, on n'a pas le temps de faire de la relation d'aide avec ces gens, pis justement il faudrait une relation un peu suivie quoi parce qu'on peut faire une demi-heure dans la journée juste pour... Donc vraiment moi je trouve que c'est que médicamenteux.

Et pis, cette limite-là, à ton avis elle est vraiment due à l'institution hospitalière qui ne permet pas forcément... due à comme tu dis le manque de temps, ou le fait qu'on ait plusieurs patients ou aussi par exemple je ne sais pas, à des représentations que les infirmières pourraient avoir ? Non je ne pense pas alors, parce que quand on a des gens qui viennent pour des sevrages volontaires, on est toutes « contentes » que les gens fassent le pas et pis qu'ils ont envie. Mais heu voilà on peut faire que des petits bouts de relation comme ça entre trois portes, pis voir comment ça va, comment il ressent, pis voilà le quart d'heure, on repart et des fois ça s'arrête là pour la journée, et pis je trouve qu'on n'a pas de relation profonde, on ne peut pas aller creuser les choses, pas ici à l'hôpital. Non on n'est pas compétent pour ça je veux dire heu, c'est que du médical pis après c'est aux gens de... on fait des démarches avec la SDH, c'est eux qui viennent les voir et leur propose d'autres choses, mais nous on ne gère pas tout ça. J'ai l'impression de faire vraiment que du superficiel.

T'estimes que c'est regrettable ou bien alors c'est une limite qui permet de bien rester dans son rôle. Est-ce que à un moment donné, faut faire le tri ou est-ce que tu voudrais avoir une casquette supplémentaire ? Ben moi voilà je l'ai acceptée en tant que telle, parce que je me dis y a des endroits, où c'est mieux formé pour et puis ils font des choses, les gens qui sont motivés à se faire traiter ben ils ont des maisons exprès, avec un encadrement qui est spécialisé et pis des activités qui leur sont propres. Ici ce n'est pas une chose qu'on a la possibilité de faire en étant dans un milieu de soins aigus, donc les gens quand ils sont instables, ils viennent chez nous et quand ils deviennent stables, ils vont ailleurs. Et pis on a... voilà ce n'est pas notre rôle, je crois qu'on n'arrive pas à tout faire. Clairement, maintenant ça va tellement vite, faut toujours faire plus vite, les gens doivent partir toujours avant qu'ils soient entrés, donc heu voilà je veux dire on ne peut pas. Moi je pense que... et pis on n'a pas la formation, on n'a pas forcément la spécialité, on peut se spécialiser dans les soins palliatifs, et en même temps en alcoologie, et en même temps dans la cardiologie. Enfin je veux dire voilà, là on fait de la médecine générale, on touche déjà beaucoup de choses, mais dans la relation d'aide on n'a pas une formation... on n'est pas... on n'a pas le temps et la formation, ou l'habitude pour, moi je trouve. En fait ouais, on fait de la relation d'aide un peu superficielle ici avec les patients, mais de faire des choses... de travailler en profondeur avec des gens alcooliques dans une dépendance, quelque chose qui va au long terme parce que pour sortir d'une dépendance à l'alcool ce n'est pas juste en une semaine, donc heu là ce n'est pas un service spécialisé pour... Et pis je trouve que c'est bien qu'il soit pris en charge par une unité spécialisée, je trouve. Si on veut vraiment faire du travail concret, sinon ça ne sert à rien. Donc heu si j'entends bien depuis le début, on a quand même un rôle à jouer en termes d'éducation à la santé, mais qui ne va pas au-delà d'aiguiller les patients mais après ben voilà quoi on ne peut pas proposer une démarche de sevrage complète en milieu hospitalier ? Non on ne peut pas réussir un sevrage en médecine. Après on peut entamer parce que les gens, ils ne boivent pas ici, pis on leur permet de passer ce cap. Mais après je veux dire si chez lui il veut recommencer, il recommence pareil je veux dire. Si on n'a pas pu mettre la puce à l'oreille de la personne, pis il se rend compte vraiment que c'est une personne dépendante, pis qu'il y a un problème pis qu'il faudrait gérer ce problème. Heu si elle vient pour un problème cardiaque, pis qu'en plus y a un problème d'alcool à côté, ben on va régler le problème cardiaque, mais l'alcool on ne va pas le régler. Je pense qu'à moins que se soit la cause d'hospitalisation, heu ce n'est pas quelque chose qui est pris... enfin je veux dire le médecin va juste donner le conseil qu'il faudrait diminuer un peu l'alcool ou des choses comme ça mais, on ne fait pas de... on ne peut pas avoir une démarche de....

Là, tu estimes que c'est plutôt une démarche médicale, quand c'est une personne comme tu dis qui vient pour un problème cardiaque. Dans ce cas-là, ça va plutôt engager le médecin qui lui va avoir une discussion avec le patient. Donc à ce niveau-là l'infirmière, elle ne rentrerait pas forcément... Si après à la visite médicale on en parle devant le patient, de dire et ben voilà si le médecin lui dit ben écoutez il faudrait diminuer un peu votre consommation parce que votre cœur il supporte mal, ben ok y a déjà heu le médecin qui a mis le doigt sur le problème et après on peut revenir en parler avec la personne quand elle a entendu cette information. Ce n'est pas le rôle de l'infirmière de prendre le dossier médical pis voir OH dessus, si on ne me l'a pas transmis, ce n'est pas à moi de dire oui alors il me semble que vous avez des problèmes d'alcool. Si la personne m'en parle spontanément je vais entrer dans le sujet, mais je ne vais pas venir moi, lui dire écoutez faudrait boire un peu moins alors qu'il ne m'en a pas parlé. Alors si je ne l'ai pas capté avant d'une manière autonome, et ben je vais sauter sur l'occasion si le médecin passe à la visite médicale ou s'il lui conseille des choses du style diminuer ou arrêter ben après on peut en parler.

Voilà vous avez entendu ce que le médecin vous a dit ce matin, qu'est ce que vous en pensez, comment vous voyez ça, comment vous estimez votre consommation, ou bien pour vous est-ce que c'est un problème, enfin voilà on a différentes façons d'entrer dedans, mais c'est toujours mieux quand le médecin a ouvert une porte avant. Si les gens disent, mais de toute façon je bois pas autrement, ouais si je dois boire moins, je boirai moins, mais on sent qu'ils sont dans le déni ben, on réessayera plus tard, mais ça ne sert à rien des fois il faut leur laisser le temps de digérer les choses. Surtout quand y a un autre problème aigu ou physique à côté, ben ils ont déjà souvent un autre truc à digérer alors...mais c'est vrai que les relations ici avec les patients se limitent à quelques heures en tout par infirmière, et puis c'est difficile d'avoir un suivi personnalisé avec le patient, entrer dans une relation vraiment, ou alors même dans les transmissions ou comme ça, ça ne suit pas, je trouve. Déjà les informations pour le diabète ou le sintron, c'est déjà bien si ça arrive à suivre, mis en plus pour des relations, des choses un peu plus subtiles c'est difficile à suivre.

Si on prend par exemple le diabète, là tu le nommes, tu trouves qu'il y a une différence de suivi entre une personne qui présente un diabète et une personne qui présente un alcoolisme ? C'est sur, ben parce que le diabète c'est facilement décelable, avec une prise de sang, on fait des contrôles réguliers, donc on peut en parler régulièrement à chaque repas ou comme ça. Et puis on a des gens spécialisés, l'infirmière en diabétologie, pis les médecins sont mieux au courant. Au fait, le diabète, on peut dire : vous l'avez, ou vous ne l'avez pas, c'est facile, je peux dire vous avez une glycémie à 8.5, donc vous êtes heu, vous avez un problème avec le sucre, vous avez un problème de diabète. L'alcoolisme, si la personne n'arrive pas avec un taux d'alcoolémie à 2.5 quand il arrive à l'entrée, c'est très subjectif hein, à partir de combien, quand, quoi, quand est-ce que je suis vraiment dépendant ou pas, c'est difficile à estimer. Et puis est-ce que la personne se rend vraiment compte, on peut pas lui montrer noir sur blanc avec un résultat de laboratoire, oui apparemment s'il y a des problèmes hépatiques ou je sais pas quoi, mais c'est beaucoup plus subtile, pis on rentre dans le vécu des gens, c'est pas la même chose qu'avec une maladie..., on rentre dans la sphère privée. Pis les problèmes de dépendance, c'est autre chose que les problèmes de pathologie, enfin je trouve.

Ok est-ce que t'aurais quelque chose à rajouter par rapport à cet entretien ? Il y a toujours la gestion difficile du patient alcoolique qui devient agressif, qui devient désorienté, ou qui commence un del trem, là c'est toujours des situations très délicates, qui sont difficiles à gérer. Quand les gens justement partent en... quand on n'a pas réussi à leur donner leurs anxiolytiques régulièrement, ou que tout d'un coup, ils partent en del trem, ça devient difficile.

Ces difficultés tu penses qu'elles influencent la façon de recevoir la prochaine personne qui sera alcoolique ? T'auras plus de méfiance ou plus de réticence dues à cette expérience négative ? Parce que c'est assez négatif dans l'ensemble, j'imagine ? Alors, soit ça se passe assez bien parce qu'on n'en parle pas trop, ou bien c'est des gens qui vont pas bien et là ça devient pas facile. Mais on aura des lumières qui s'allument plus vite quand on voit une personne qui commence à devenir un peu transpirante ou quelque chose, on va regarder plus vite les choses et puis transmettre au médecin, parce que les médecins parfois non plus se rendent pas compte ou nous quand on a l'impression que quelqu'un se sent pas très bien, il faut que le médecin suive derrière aussi. Et après avec les années, on remarque qu'on repère mieux les choses. C'est vrai qu'on essaie d'éviter une autre situation pareille, si on peut la capter avant. Pis bon y a aussi les soins intensifs, ils ont beaucoup plus de gens dans l'alcoolisme aigu, dès qu'ils ont un taux d'alcoolémie supérieure à tant, ils vont aux soins intensifs. Mais c'est vrai que l'idée de monsieur poivrot collant et agressif, souvent ce n'est pas le cas parce qu'ils ne sont pas forcément alcoolisés quand ils arrivent, à part ceux qui vraiment font un malaise ou qu'on retrouve dans la rue, mais ceux qui sont vraiment alcoolisés ils ne sont pas chez nous non plus.

Le plus dur c'est dans la représentation des gens quoi, dans le déni, dans le fait, mais non je ne suis pas alcoolique quoi. Qu'eux se rendent compte que leur consommation pose problème, ce qui n'est pas forcément un problème pour eux. Moi je pense que la personne alcoolique qui veut s'en sortir doit aller dans un milieu spécialisé, et pis le mieux c'est de faire vraiment un stage complet, c'est d'être interné, pis de faire un... parce que des sevrages en milieux ouverts c'est très difficile.

Annexe 7 : retranscription intégrale du quatrième entretien :

Je vais te demander pour commencer de te présenter : Alors j'ai fini mes études y a une année et demi un peu plus. Et puis ensuite, j'ai travaillé deux mois dans un CMS comme auxiliaire de santé, mais pas comme infirmière. Je ne savais pas exactement ce que je voulais faire et ça m'a permis de faire des petites vacances avant de commencer la vie sérieuse et puis ça fait une année et demi que je travaille en médecine interne.

Ok on va partir d'une question générale pour entrer dans le vif du sujet. Donc j'aimerais savoir quelle est ta description de l'alcoolisme ? Heu, et ben c'est heu une dépendance qui entraîne à long terme pas mal de conséquences sur la santé.

Par rapport à une personne qui boit régulièrement, qu'est-ce qui te permet de dire qu'une personne est alcoolique par rapport à une autre personne qui boit régulièrement ? Ben je trouve toujours assez difficile, surtout que heu... enfin je trouve heu... dans la population avec laquelle je travaille tu vois assez vite justement quand y a des conséquences sur la santé, mais chez les jeunes par exemple je trouve assez difficile de mettre la limite alcoolique - pas alcoolique. Mais heu... parce que y a des gens qui boivent régulièrement pis qui sont pas forcément alcooliques, je pense, pis y a des gens qui ont besoin de se péter la tête tous les week-end, pis ça sera peut-être pas régulièrement mais c'est quand même une forme de dépendance, je pense.

Pour toi, l'alcoolisme c'est plutôt une question de quantité de verres par jour ou ça serait plutôt une question de comportements ? Je pense un peu les deux, mais je pense que c'est aussi très lié aux comportements, à la relation au produit quoi.

Heu y a-t-il des éléments auxquels t'es plus particulièrement attentive lors de la prise en charge d'une personne alcoolique qui arrive dans le service de médecine ? Ben oui forcément, ben justement les habitudes par rapport à l'alcool enfin heu... la dose de consommation habituelle.

Donc tu vas questionner le patient à ce sujet-là ? Heu ben si ça n'a pas déjà été fait par le médecin, ouais. Et puis après, je vais voir depuis combien de jour il ne boit plus d'alcool vu qu'il est hospitalisé, pis s'il y a un médicament ou quelque chose pour ne pas qu'il fasse un dél trem.

Parce que dans le service où tu travailles il n'y a pas du tout de prescription d'alcool ? Non, de temps en temps on octroie, mais ça m'est arrivé une fois qu'on permette à quelqu'un de boire un verre d'alcool avec le repas. Donc c'est plutôt en lien avec les symptômes de sevrage, la médication qui va être donnée dans ces cas-là quoi.

Heu est-ce que tu penses à quelque chose en particulier quand tu lis le diagnostic OH dans le dossier d'un patient. Est-ce que ça allume une lumière ? Heu, non. Pas particulièrement.

Donc tu le reçois comme un autre patient au fait avec un antécédent supplémentaire ? Heu ouais, c'est fréquent, donc heu ça ne me perturbe pas plus que ça.

T'estimes que le diagnostic OH, il est vite facilement enfin vite posé ou bien ? Je pense qu'il est assez vite posé, parce que ces gens-là ce n'est pas la première fois qu'ils viennent dans un hôpital, et puis c'est des antécédents déjà connus quoi.

Heu... est-ce que pour toi le fait d'aiguiller un patient alcoolique vers une démarche de sevrage, ça fait partie du cahier des charges d'une infirmière en milieu somatique ? Heu... je pense que ça devrait mais ce n'est pas toujours le cas, mais ce qu'il y a je pense que généralement, moi les patients que j'ai sont des gens plutôt en bout de course d'alcoolisme, et pis ils sont dans un état qui ne leur permet pas vraiment de se poser la question, je bois, je bois pas, je continue ou pas, ouais en général c'est plutôt des gens qui sont presque en fin de vie donc la question se pose pas forcément en fait.

Toi là tu me parlais des symptômes de sevrage ainsi que la vigilance dont tu fais preuve dans la prise en charge par rapport à ces symptômes. Est-ce que ton rôle infirmier par rapport à l'alcoolisme s'arrête là ou est-ce que tu estimes qu'il va plus loin ? D'une manière générale, d'après toi comme tu dis, il y a les patients en fin de vie, mais imaginons que c'est un patient qui a un potentiel de vie encore bien présent. Tu estimes que ton rôle, il va un peu plus loin que ça, au niveau de l'éducation par exemple ? (silence) Je pense qu'il va plus loin que ça, mais comment les choses sont faites en tout cas dans un service de médecine comme ça, on n'a pas vraiment le temps d'aller plus loin au fait.

Donc heu... à ton avis, les limites que tu as dans ce rôle-là c'est plutôt en lien avec le contexte d'hospitalisation, plus que la volonté de l'infirmière ? Je pense qu'en gros, voilà, c'est leur demander s'ils ont une motivation à arrêter et puis si oui les orienter vers une prise en charge, mais ce n'est pas nous qui allons prendre ça en charge. Mais d'aiguiller le patient ça, ça nous arrive souvent ouais.

Heu, alors là, je vais te montrer une petite illustration. Donc c'est une affiche qui a été faite en 1902 pour la ligue contre l'alcoolisme, c'est une affiche française. J'aurais envie de savoir pour toi ce que ça représente. Qu'est-ce que t'aurais envie de dire par rapport à cette image ? Ben je suis étonnée qu'en 1902, c'était déjà un sujet présent comme ça. Après je ne la comprends pas très bien, genre la tête de mort c'est le serveur, alors que c'est pas forcément sa responsabilité à lui. Après, l'esclave volontaire, je ne sais pas de qui on parle.

On parle plutôt de l'alcoolique en fait. Heu ben, moi je pense que c'est vraiment une dépendance comme une autre donc volontaire, ce n'est pas forcément le mot approprié, je pense.

L'affiche est liée à un contexte où vraiment on considérait l'abstinence comme une question de volonté en fin de compte, et puis si on veut, on peut arrêter et puis ben, on considère à cette époque là et encore aujourd'hui que l'alcoolique est fautif et responsable de sa condition par rapport à là où il en est. Toi tu te positionnerais comment par rapport à cette opinion ? Ben heu, en tout cas, c'est des choses qu'on entend encore ça s'est sûr, même dans les milieux de soins, où l'on place vraiment la personne comme seule responsable à ça et pis heu surtout quand on voit qu'il y a des dégâts somatiques, on se dit, mais c'est de sa faute, faut qu'il arrête, il est bête. Ouais... mais je pense c'est pas forcément facile parce que c'est des gens qui sont facilement dans le déni et pis du coup, ils ne nous laissent pas forcément de marche de manœuvre pour en discuter ou comme ça et puis parler de volonté, pas de volonté.

Donc toi tu estimes que pour les infirmières entrer en relation avec un patient qui présente un alcoolisme chronique, c'est difficile ? Ouais c'est difficile, parce que justement la personne est souvent dans le déni et pis si on commence à en parler, on se fait vite remballer quoi. Donc, je pense que c'est plus facile dans des milieux où l'on voit le patient plus longtemps et plus souvent qu'à l'hôpital comme ça.

Donc là tu faisais part de... enfin on parlait de l'opinion un peu négative, et pis l'étiquette de fautif qui croche à l'alcoolique. Tu penses que c'est encore quelque chose de bien présent dans le milieu des soins ? Ouais, je pense que c'est toujours bien présent, et y a souvent beaucoup de remarques qui sont faites par rapport à ça. Ouais comme je te disais avant quoi, où l'on place la personne comme fautive, ouais avec peu de respect en fait, parce que c'est de ça faute pis qu'on voit les dégâts, on se dit : « pff, pourquoi il a fait ça ».

Est-ce que tu penses que ce constat que certaines infirmières font peut constituer une barrière à une prise en charge adéquate ? Heu... ben oui forcément et puis en même temps, ben comme c'est une dépendance pis qu'il y a aussi toute la partie psychique, je pense que c'est un peu comme toutes les maladies psychiatriques. Enfin je fais des grandes généralités, mais voilà, après c'est difficile d'être vraiment avec la personne en relation pis c'est un peu soit tu

rejettes ou bien soit tu es en contre-attitude ou alors soit tu es en empathie totale, pis je pense que ce n'est pas ça qu'il faut forcément non plus.

Mais après au niveau de la relation, je pense que c'est aussi chaque personne qui fait comme elle peut. Et pis heu, on doit aussi s'écouter soit, par rapport à ça, on ne doit pas se forcer à être comme ceci ou comme ça. Mais je pense qu'il faut arrêter de mettre l'étiquette justement que c'est des personnes responsables, mais aller heu... réfléchir un peu plus loin effectivement.

En entendant, ça me fait penser que ça a l'air quand même passablement lié au fait que ben déjà le ressenti qu'on a soi-même, personnellement avec la substance et les gens qu'ils la consomment. Et pis aussi peut-être une question de formation à comment développer une relation avec des personnes qui ont des problématiques de cet ordre-là. Est-ce que tu penses que les infirmières ont un manque pour faire ce travail ? Heu... ouais je pense qu'il y a quand même un manque de formation parce que vu que c'est justement le milieu somatique, la personne, elle est vue uniquement comme telle. Pis heu... après je pense qu'il y a plusieurs facteurs justement, le temps qu'on a pour la relation avec les gens... Ouais je pense que ça serait utile que les gens aient un peu plus de formation et qu'ils réfléchissent un peu plus loin ouais.

Imaginons qu'il y a une étudiante infirmière qui vient en stage dans le service dans lequel tu travailles, et pis elle te fait part de son envie de travailler avec une population de personnes alcoololo-dépendantes. Et elle te demande ton avis en tant qu'infirmière diplômée et expérimentée. Qu'est-ce que toi tu lui conseillerais ? Je pense qu'il faut quand même avoir une certaine base pour travailler qu'avec ces gens-là. Pis que justement faut être assez clair déjà soi-même sur ce qu'on en pense et ce qu'on a envie de faire avec ces gens-là. Enfin, tout dépend de l'optique que tu as, enfin si tu as envie de les sauver, c'est peut-être pas... peut-être réfléchir un peu plus quoi.

Donc toi tu serais plutôt à la prévenir par rapport au fait qu'il y a une marche de manoeuvre qui est petite et qu'on risque de se confronter avec des patients qui n'ont pas envie de se soigner. Ouais, je pense faut pas être trop naïve quoi. Et pis heu... et pis que je pense qu'il faut quand même avoir une petite expérience dans justement dans l'affirmation de son rôle, parce que c'est pas des gens faciles à soigner.

Toi d'une manière générale dans ta prise en charge de ces gens-là, tu es satisfaite de ce que tu peux offrir ou bien est ce que tu estimes que tu voudrais faire plus, pis que tu le fais pas ? (silence) Dans les moyens que j'ai, je pense que je suis assez satisfaite, mais il devrait peut-être être plus orienté vers d'autres spécialistes je pense, ou comme les personnes par exemple qui arrivent et qui fument, on les oriente vite vers des consultations et là pas forcément. Je pense qu'il y a un petit manque ouais.

Si on tire par exemple un parallèle avec un patient qui vient pour un motif d'hospitalisation précis dans le service. Un patient qui est diabétique avec un patient qui est alcoolique. On a tendance à prendre complètement en charge le diabète, et pis si y a un manque, on va éduquer le patient par rapport à sa façon de s'alimenter et tout ça. Par contre on ne va pas du tout les faire avec le patient alcoolique. Je sais pas si tu es d'accord avec moi, avec cette constatation ? Oui, oui je suis d'accord.

Est ce que tu arriverais à donner une explication à ça ? Ben je pense que... ben déjà voilà ce qui est déjà différent c'est toute la composante psychique, et pis que c'est quelque chose... enfin la composante psychique on a du mal vraiment à la prendre en charge, mais de manière générale dans les milieux somatiques. Comme on a des patients aussi style anorexie, ben c'est des patients qui sont délaissés complètement parce... parce que ce n'est pas notre priorité. Là, je parle vraiment à un niveau général, je ne parle pas de moi ou comme ça. On oublie vite cette partie et on se sent vite impuissant, je pense c'est surtout ça. Ben déjà au niveau du

temps comme je te disais, qu'on n'a pas forcément le temps d'entrer en relation. Et pis après on a l'impression qu'on ne peut rien faire pour ça.

Je pense que c'est un sentiment un peu général, voilà il est alcoolique qu'est ce que je peux faire moi, je ne peux pas l'aider à arrêter de boire.

Pis est-ce que tu penses que le fait qu'il y ait peu de marche de manoeuvre, et que l'infirmière soit vite confrontée à ses limites, c'est plus difficile à supporter dans un cadre somatique, parce que en somatique ben voilà en principe t'as une maladie, t'as un traitement et pis y a une guérison, on intervient et pis ça fonctionne quoi. Et pis la le fait que ce soit un processus qui soit long et pis qui peut y avoir des rechutes et pis que ce ne soit pas linéaire comme c'est souvent le cas en somatique. Tu penses que ça peut représenter un obstacle, une des raisons qui fait que les infirmières se sentent mal vis-à-vis de ces gens-là ? ouais je pense que... qu'en allant plus loin on entre un peu dans des profondeurs de l'être humain, et pis que ça représente trop. Ouais comme tu dis ça ne fonctionne pas assez bien, ce n'est pas bon y a ça, hop je donne un médicament et pis c'est résolu, et pis que c'est un peu trop complexe je pense.

Annexe 8 : arbre thématique

