

MÉMOIRE

Contrat thérapeutique en alcoologie : vers une rupture ou une
continuité des soins ?

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....P1

PARTIE 1 : CONSTAT ET ANALYSE

I - Situations d'appel..... P3
 A) Situation d'appel N°1.....P3
 B) Situation d'appel N°2.....P5
II - Analyse et question de départ.....P6

PARTIE 2 : CADRE DE RÉFÉRENCE

I - Cadre institutionnel..... P14
 A) Présentation du service et de la population accueillie..... P14
 B) Présentation de l'équipe soignante et leurs rôles..... P15
 C) Présentation des outils de soins.....P17
II - Cadre théorique
 A) Alcoolodépendance.....P19
 B) Rechute..... P23
 C) Le contrat de soins.....P24
III - Cadre législatif P26
IV - Cadre conceptuel
 A) Dépendance.....P28
 B) Equipe, travail en équipe.....P29
 C) Prendre soin, care, caring.....P30

PARTIE 3 : INVESTIGATION

I - Méthodologie d'investigation.....P31

A) Choix de l’outil d’enquête.....	P31
B) Choix de la structure.....	P32
C) Population interrogée.....	P32
D) Elaboration de la grille d’entretien.....	P33
E) Modalité de réalisation des entretiens semis-directifs.....	P34
F) Limites des entretiens.....	P34
II - Présentation et analyse des entretiens d’enquête.....	P35
III - Synthèse de l’analyse des entretiens.....	P44
IV - Élaboration d’une question de recherche.....	P46
CONCLUSION.....	P49

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Annexe 1 : Diagramme d’Ishikawa

Annexe 2 : Le verre standard

Annexe 3 : La classification de l’alcoolisme selon Pierre FOUQUET

Annexe 4 : Interaction entre le produit, l’individu et son environnement

Annexe 5 : Modèle de Prochaska et DiClemente

Annexe 6 : Consommation d’alcool pur par habitant en Europe

Annexe 7 : Grille d’entretien

Annexe 8 : Retranscription entretien n°1

Annexe 9 : Retranscription entretien n°2

Annexe 10 : Retranscription entretien n°3

Annexe 11 : Retranscription entretien n°4

Annexe 12 : Grille de dépouillement

INTRODUCTION

Tout au long de ces trois années de formation en soins infirmiers, j'ai eu l'occasion de réaliser des stages dans de nombreux services, tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les unités de soins de longue durée (USLD), en neurologie vasculaire, en libéral, au collège ou encore en chirurgie hépatologie gastro-entérologie et en endoscopie coronarographie. La diversité des services qui m'ont accueilli ont permis de me confronter à la réalité du métier d'infirmier et de me rendre compte de sa diversité.

Au delà des stages, cette formation m'a permis d'acquérir la théorie et la pratique nécessaire pour devenir une infirmière compétente.

J'ai choisi de réaliser mon travail de fin d'études sur le thème des ruptures de contrats de soins dans un service d'alcoologie. J'ai eu l'opportunité d'aller dans un tel service lors de mon stage de semestre trois dans le cadre de la typologie de stage « Soins en santé mentale et psychiatrie ».

Mes motivations personnelles concernant le choix de mon sujet sont multiples. Tout d'abord, il s'agissait de mon premier stage dans un service d'addictologie et j'étais très curieuse concernant ce milieu. Il s'agit d'un sujet qui m'a toujours intéressé à travers les différentes unités d'enseignements qui traitaient ce thème.

De plus, ce stage a abouti à un projet professionnel d'infirmière en psychiatrie donc il me semblait opportun de me pencher sur ce travail avec un sujet qui traite d'une potentielle future pratique professionnelle.

Ce sujet met en avant mes valeurs personnelles et professionnelles qui sont entre autres le respect de la personne, l'humanité, l'empathie, la tolérance et la patience. Plus particulièrement, je suis sensible à la justice et à l'équité des soins qui sont selon moi des principes fondamentaux que tout soignant se doit de respecter envers les patients.

Pour la réalisation de ce travail de fin d'études (TFE), je me suis appuyée sur deux situations vécues en stage. Elles évoquent le sujet de la difficulté des soignants à faire respecter le contrat de soins dans un tel service.

Pour commencer, au travers de mon constat, je vais présenter mes deux situations d'appel qui ont permis l'élaboration de ma question de départ. Ensuite, je parlerai du cadre de référence qui comprend le cadre institutionnel, le cadre théorique, le cadre conceptuel et le cadre législatif. Pour finir, j'aborderai la méthodologie d'investigation ainsi que l'analyse des entretiens pour aller vers une question de recherche. Je conclurai en développant ce que le travail de fin d'études m'a apporté d'un point de vue personnel ainsi que professionnel pour terminer sur mon positionnement en tant que futur professionnel.

<p style="text-align: center;">PARTIE 1 : CONSTAT ET ANALYSE</p>
--

Mon travail de fin d'études part d'un constat de deux situations similaires observées lors d'un stage de deuxième année en alcoologie. Elles sont à l'origine de ma réflexion et m'ont amené à l'écriture de ce constat.

I - SITUATIONS D'APPEL

A) Situation d'appel n°1

La première situation se déroule lors de mon stage de semestre trois que j'ai réalisé dans un service d'alcoologie pour une durée de dix semaines. La situation évoquée se passe lors de ma première semaine de stage lorsque j'étais dans la structure principale. Je suis ce jour là du poste du matin, c'est-à-dire de 6h45 à 14h15.

Il s'agit de Monsieur D, âgé de 43 ans et qui est présent depuis 2 jours pour une cure de sevrage alcoolique et cannabis de trois semaines. Il effectuait sa première cure de sevrage et il était venu de son plein gré pour se sevrer de l'alcool et du cannabis. Il s'agit d'un patient polytoxicomane avec une consommation d'environ 7 joints par jour avant son entrée dans le service avec des signes de dépendance psychique. A cela s'ajoute une dépendance à la cocaïne sans consommation de cette dernière depuis deux ans.

Comme le patient n'était pas encore sevré physiquement, je devais m'occuper de prendre sa tension artérielle, son pouls, sa température et surveiller les signes de sevrage à savoir : sueurs, nausées, vomissements, diarrhées, tremblements, agitation et anxiété. Cette surveillance se fait les trois premiers jours en lien avec le risque important de crise convulsive et de délirium tremens du fait de l'arrêt brutal de l'alcool. Lors de la prise de ses paramètres vitaux, nous remarquons avec l'étudiant infirmier un comportement anormal à type d'euphories et de rires immotivés. En lien avec les cours que nous avons eu sur la consommation de cannabis, cela nous fait suspecter une consommation récente. En effet, le cannabis, lorsqu'il est fumé agit en quelques minutes et les effets peuvent durer de

deux à quatre heures après la prise¹. J'en parle alors à l'infirmière en service du matin. Elle m'explique qu'elle va surveiller le comportement de Monsieur D et en parler au cadre de santé en fonction de l'évolution. Pour ce faire, l'infirmière va l'accompagner fumer sur la terrasse et revient quelques minutes plus tard pour informer l'équipe.

Cette consommation de cannabis est formellement interdite par le contrat de soins que le patient signe avant son entrée avec la médecin addictologue.

Le comportement de Monsieur D sera abordé au cours de la réunion de synthèse qui a lieu tous les vendredis juste après les transmissions du poste du matin.

Sont présents ce jour à la réunion de synthèse : le cadre de santé, la médecin addictologue, l'interne, trois infirmières (une du poste du matin et deux d'après midi), deux étudiants infirmiers (dont moi), une aide-soignante, une assistante sociale, un psychologue et une neuro-psychologue tous jouant un rôle dans la prise en charge de Monsieur D depuis son arrivée deux jours auparavant.

Le cadre refait le point sur ces deux jours. On y voit un sevrage difficile avec tremblements, nausées, vomissements et sueurs importantes. Au moment de la conclusion de ce patient, l'infirmière évoque les faits du matin même et se questionne sur le devenir de Monsieur D.

Le psychologue du service prend la parole et explique que pour lui c'est complètement illogique de devoir arrêter toute consommation de cannabis du jour au lendemain et que c'est donc « normal » qu'il y ait reconsommation du fait du profil toxicomane du patient. Le cadre de santé rappelle tout de même le caractère illégal du produit qui est puni par la loi, et que, la consommation dans son service est intolérable et qu'il va y avoir rupture de contrat après discussion avec le patient. Une infirmière prend la parole et rejoint l'avis du cadre et précise que les patients viennent en signant un contrat qui explique clairement les règles à respecter. Elle rappelle qu'en signant celui-ci, les patients s'engagent à le respecter. Il savait donc les risques qu'il encourait en fumant du cannabis dans le service.

Le problème soulevé est que nous n'avons aucune preuve valable de cette consommation récente de cannabis et donc une infirmière souligne qu'il serait injuste qu'il y ait rupture de contrat juste pour une supposition d'usage. La médecin addictologue propose un toxique urinaire quantitatif pour avoir plus ou moins une date de la dernière consommation. Le

¹ <<http://www.drogues-info-service.fr/>>

cadre refuse et propose une analyse urinaire à la recherche de stupéfiants. Pour des raisons budgétaires, c'est donc cela qui a été mis en place contre l'avis du médecin.

Le patient s'interroge sur l'origine de ce test et s'oppose à ce dernier. Sa principale interrogation était de savoir pourquoi lui devait faire ce test et pas les autres patients. Après négociation avec l'infirmière, il accepte finalement de faire ce toxique urinaire.

Arrivent alors les résultats du laboratoire le lendemain matin qui s'avèrent être positifs au THC². Cela semble logique du fait du profil toxicomane du patient. Cependant, nous n'avons pas pu savoir si la consommation était récente. En effet, pour les consommateurs réguliers il y a présence de THC dans les urines pendant deux mois.³

L'infirmière a proposé de prendre Monsieur D en entretien infirmier auquel j'ai pu participer. Cet entretien a eu lieu le lendemain matin. Le patient a démenti sa consommation et s'est énervé en quittant la salle de soins.

Finalement, le cadre de santé a accepté que l'on fasse un toxique urinaire quantitatif pour avoir une idée de la dernière consommation. Le lendemain matin, le laboratoire a envoyé le résultat de l'analyse urinaire et la médecin addictologue a détecté une présence de cannabis de moins de 48 heures. Le patient était présent dans la structure depuis 72 heures donc nous en avons conclu qu'il y a eu consommation dans le service.

L'infirmière effectue un entretien infirmier avec Monsieur D et celui-ci nous explique qu'en effet, un patient de la structure avait caché du cannabis dans ses effets personnels et qu'il en avait proposé. Il nous explique qu'il n'a pas pu refuser en nous rappelant son importante consommation antérieure. Cependant, il nous exprime sa volonté de finir sa cure malgré son non-respect du contrat car il se sent prêt et motivé à arrêter ses consommations de toxiques. Après concertation avec l'équipe, le patient restera au final ses trois semaines au sein de la structure sur décision de la médecin addictologue.

B) Situation d'appel N°2

Une deuxième situation similaire m'a interpellé au cours de ce stage. Cette

² Tétrahydrocannabinol : principale molécule active du cannabis

³ <<https://www.stop-cannabis.ch/a-propos-des-tests-de-depistage>>

situation se déroule lors de ma troisième semaine de stage. J'étais ce jour là du poste du soir, c'est-à-dire 14H15-21H15 et il s'agissait d'une fin de week-end.

Il s'agit d'un patient de 37 ans, Monsieur A présent dans la structure trois semaines pour une troisième cure de sevrage alcoolique. Il est donc connu par les professionnels de soins. Il est suivi par la médecin addictologue depuis 4 ans et c'est sur décision de cette dernière que le patient a réintégré la structure. Ses précédentes cures se sont bien déroulées sans consommation durant les trois semaines.

Durant la cure, les patients ont le droit à des permissions les week-end à partir de la deuxième semaine. Comme pour tous les patients, à chaque retour dans la structure, le patient doit souffler dans l'éthylomètre pour vérifier l'absence de consommation durant la permission. Nous voyons s'afficher 0,80 mg/litre d'air expiré. Le second test réalisé confirme la consommation récente d'alcool que le patient dément. Nous lui expliquons que nous allons devoir procéder à une fouille de ses effets personnels pour vérifier l'absence d'introduction d'alcool dans la structure.

Dans son sac nous trouvons une bouteille de vin. S'ensuit une discussion avec la médecin addictologue et une infirmière. Malgré la bouteille retrouvée dans ses effets personnels, le patient nous avoue ne pas avoir consommé d'alcool du week-end. La médecin explique alors qu'elle va prescrire un bilan sanguin pour s'assurer des propos du patient.

Le lendemain, nous consultons le compte-rendu qui confirme les résultats de l'éthylomètre. Il s'avère qu'il y a eu consommation d'alcool lors de la permission. Lors des transmissions, ce problème est mis en avant auprès de l'équipe. Cependant, la médecin décide de prendre le patient en entretien et il obtient l'autorisation par celle-ci de continuer sa cure de trois semaines malgré la consommation en permission et l'introduction de boissons alcoolisées dans l'établissement.

II - ANALYSE ET QUESTION DE DÉPART

Concernant la première situation, cela montre bien la différence entre la théorie et la pratique. Si l'on suit les recommandations du service, ce qui aurait du être fait c'est tout d'abord un entretien avec le patient pour discuter des raisons de sa consommation et

ensuite expliquer que ce type de comportement entraîne une rupture de contrat qui avait été préalablement présenté au patient et qui avait donc donné son accord. En effet, sans l'accord du patient à ce contrat de soins, il n'aurait pas été autorisé à commencer la cure. Cependant, dans la réalité, ce patient a pu bénéficier de la cure de sevrage jusqu'à la fin des trois semaines.

Cette situation a fait polémique dans la structure. En effet, cette décision s'est faite contre l'avis du cadre mais elle s'est aussi ressentie du côté des autres patients. Certains ne comprenaient pas la décision de la part de l'équipe de soins. Après avoir discuté avec une patiente, elle m'a expliqué qu'elle craignait que cet épisode ait des conséquences au niveau de la confiance que l'équipe soignante pouvaient porter à leur égard.

La deuxième situation m'a interpellé dans le sens où, dans les semaines précédents celle-ci, une situation similaire de réalcoolisation en permission s'est déroulée entraînant une rupture de contrat. Cette situation a engendré un fort mécontentement de la part des autres patients présents dans la structure ne comprenant pas la décision médicale. Ils se demandaient surtout pourquoi ce patient a eu l'opportunité de rester dans la structure alors que dans un cadre similaire, l'autre patient avait eu une rupture de contrat.

Les deux situations évoquées m'ont fait me questionner. J'ai tout d'abord été vraiment surprise de la décision médicale lors de ces situations. En effet, selon moi le contrat de soins, une fois signé, était non négociable et en cas de transgression des règles, il n'y avait pas de seconde chance possible.

Ce contrat de soins impose des règles et en cas de non-respect de ses dernières par un patient, la rupture de contrat est censée être immédiate après discussion avec l'équipe. Au-delà de ce contrat de soins dans lequel le patient est engagé se dégage un contrat de confiance entre l'équipe soignante et les patients. Ce contrat de soins est en lien direct avec le cadre thérapeutique que nous aborderons par la suite.

Même si l'arrêt complet de l'alcool/THC semble compliqué du fait du profil alcoolodépendant des patients, une consommation/introduction d'alcool ou de toxiques dans l'établissement est strictement interdite et entraîne une rupture de contrat après

concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. Cependant, ce n'est toujours le cas au vu de mes dix semaines de stage dans la structure.

Ce qui me pose également question c'est qu'il y avait donc une différence de traitement entre les patients. En effet, certains patients avaient une opportunité supplémentaire de continuer leur cure alors que d'autres ne l'avaient pas.

Nous pouvons également mentionner une ambivalence dans les opinions des soignants dans ces situations. Certains disent qu'il est « logique » de reconsommer dans la structure quand d'autres trouvent cela inacceptable et contraire aux règlements. Cela peut s'expliquer par une convergence de valeurs entre les membres de l'équipe. J'ai pu constater cela au moment de la réunion de synthèse dans la première situation évoquée ci-dessus. Les soignants n'ont pas les mêmes opinions quant à la prise de décision du cadre de santé et expriment leurs colères.

Donc, le problème majeur qui sort de ces deux situations est la **difficulté des soignants à faire respecter un contrat de soins dans une structure d'alcoologie**.

Pour illustrer ces deux situations, je me suis appuyée sur la définition de contrat selon le dictionnaire Larousse en 2016⁴ qui le définit comme :

« Convention, accord de volontés ayant pour but d'engendrer une obligation d'une ou de plusieurs personnes envers une ou plusieurs autres. (Quatre conditions sont nécessaires pour la validité du contrat : le consentement des parties, la capacité de contracter, un objet certain, une cause licite.) »

Le contrat de soins doit disposer de plusieurs caractéristiques selon le docteur GIRAUDEAU⁵ :

- Il est bilatéral, c'est-à-dire qu'il s'agit une convention par laquelle les parties s'obligent réciproquement l'une envers l'autre.
- Il doit être rédigé en fonction de la personne. C'est-à-dire qu'il est régi entre deux personnes et ne peut être transposé à d'autres.

⁴ <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contrat/18693>>

⁵ <<https://docplayer.fr/62783811-Contrat-de-soins-dr-nicolas-giraudeau.html>>

- Il ne peut pas être que verbal et implicite. L'écrit est nécessaire pour l'établissement de la preuve.
- Il est continu c'est-à-dire qu'il n'y a pas de nouveau contrat établi à chaque séance de soins. Ce contrat doit être respecté même en dehors de ces séances de soins : respect du secret professionnel et sécurité des données de santé.

Le contrat de soins organise la relation entre le patient et le professionnel de santé qui le prend en charge. Ce contrat naît de la rencontre entre le patient qui a des attentes et le soignant qui a le «savoir». Ce contrat entraîne les notions de responsabilité médicale et de droits des patients. Nous pouvons dire que l'objectif général du contrat est d'ouvrir un espace thérapeutique, tant pour les patients que pour les soignants.

Afin de mieux comprendre ces deux situations nous pouvons également définir la dépendance. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le syndrome de dépendance⁶ comme « *Un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités.* »

Plus exactement, la dépendance selon l'OMS est :

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

L'OMS définit également une personne alcoolique comme « *Un buveur excessif dont la dépendance conduit à une consommation responsable d'un trouble mental ou physique affectant son comportement, relations sociales et le statut économique du sujet* ».

Lors de ces deux situations, nous avons eu deux cas différents : un patient polytoxicomane et un patient alcoolo-dépendant. J'ai cependant choisi de me centrer sur l'addiction à

⁶ <https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/>

l'alcool car au cours de ce stage c'est principalement ce type d'addiction que j'ai pu rencontrer et il m'est donc apparu évident de focaliser mon travail sur cela.

Pour mieux comprendre cette pathologie et sa prise en charge, je me suis penchée sur des articles.

Tout d'abord, un premier m'a particulièrement intéressé. Dans un dossier « Le cadre thérapeutique » de la revue *Santé mentale* de novembre 2012, Thierry Albernhe, pédopsychiatre et Didier Bourgeois, psychiatre s'intéressent à l'importance de l'instauration d'un cadre thérapeutique. Ils définissent le cadre en psychiatrie comme :

« L'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés – un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils –, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin. »

Cette notion de cadre est selon eux indispensable mais ils expliquent qu'il est difficile de la définir et de l'analyser. C'est pas le biais de ce cadre que le patient va évoluer et se construire. Il doit être évoqué dès le début de la rencontre au moment de l'entretien de pré-admission et le patient doit avoir la connaissance d'un tel cadre. Ce dernier va donner un point de repère aux patients mais également aux soignants. Cet outil va être le pilier de la relation soignant/soigné et va amener à un engagement entre les deux parties. Les infirmiers sont à la fois ceux qui incarnent au quotidien les fonctions bienveillantes et apaisantes du cadre institutionnel, mais aussi ceux qui en portent des fonctions limitatives. Vincent Schneebeli, infirmier chef de service en psychiatrie ajoute un point important : l'échec de ce cadre thérapeutique ne serait pas dû exclusivement par le patient mais bien par l'entité que forme ce groupe : le soignant et le patient.

Didier Bourgeois insiste sur le fait que ce cadre thérapeutique n'est pas l'outil qui va permettre de faire respecter les règles mais plutôt un moyen d'analyser les comportements du patient dans le non-respect de ces règles. Il ajoute que ce cadre peut être amené à se modifier en fonction des soignants : certains seront plus laxistes et vont laisser davantage de libertés quand d'autres rappelleront sans cesse les règles imposées par ce cadre thérapeutique.

Ce cadre thérapeutique est en lien direct avec le contrat de soins que les soignants tentent de faire respecter. En effet, ces deux notions fixent des règles entre le soignant et le patient et mettent en jeu les valeurs professionnelles des soignants. On peut donc dire que le contrat de soin s'inscrit dans le cadre thérapeutique.

Je me suis penchée sur un second article⁷. Il s'agit d'un article intitulé « Le rôle des valeurs dans l'activité de soins » datant du 15 octobre 2007 écrit par Charlaïne DURAND, une infirmière cadre de santé. L'idée principale qui se dégage du texte c'est que les soignants ne peuvent pas exercer leur profession sans référence à des valeurs. Cependant, ces dernières peuvent parfois être source de conflit. L'auteur explique que le savoir et le pouvoir pourraient prendre le dessus sur l'intérêt individuel.

Charlaïne DURAND s'interroge sur ces valeurs car elles peuvent être déterminées par la profession soignante. Ainsi, il est question de savoir si ces valeurs s'appliquent comme un modèle à suivre ou si elles se créent par les gestes quotidiens, les paroles et les décisions prises.

Elle nous explique également qu'il se présente toujours des situations où l'application des normes professionnelles peut aller à l'encontre de l'intérêt réel du patient.

Agir en respect des valeurs communément admises par la profession, c'est acter son appartenance au groupe professionnel. Cette appropriation et le respect des valeurs collectives peuvent aussi bien inclure dans le groupe professionnel qu'exclure s'il y a digression par l'un des membres de ce groupe.

A savoir qu'une valeur professionnelle ne vient pas s'ajouter à ses valeurs personnelles. Pour pouvoir s'approprier ces nouvelles valeurs professionnelles, le soignant nécessite un réaménagement de son système de valeurs sous peine de s'exposer à des conflits internes importants lors de son futur exercice. Plus les valeurs personnelles de l'individu sont proches des valeurs professionnelles attendues, plus il a de chance de « s'y retrouver ». Les valeurs sont constitutives de la démarche soignante car elles servent de références incontournables dans le comportement professionnel.

⁷ <<https://www.cadredesante.com/spip/profession/sante/Le-role-des-valeurs-dans-l->>

Ainsi, ces deux articles m'ont permis d'agrémenter mon questionnement sur ces notions de contrat de soins, de cadre thérapeutique et de valeurs professionnelles.

Les deux situations vues précédemment m'ont amené à me poser des questions qui sont arrivées au fur et à mesure de mon stage et lors de l'écriture de ce constat.

Je me suis d'abord demandé si l'instauration d'un contrat de soins entraîne pour autant l'adhésion thérapeutique mais à la suite de recherches et d'analyse, la réponse à cette question m'est apparue évidente aux vues des deux situations observées en stage.

De plus, je me suis questionnée sur le contrat de soins. Je me suis posée la question si ce dernier est indispensable pour les patients et l'équipe de soins. A la suite de la lecture de l'article « Le cadre thérapeutique » de Thierry Albernhe et Didier Bourgeois, j'ai compris que ce contrat de soins est primordial et qu'il conditionne la relation soignant/patient et cela va donner des points de repères aux deux acteurs.

Ensuite, je me suis interrogée : la relation de confiance entre les patients et les soignants est-elle indispensable pour prendre en charge efficacement une addiction ? Cependant, la réponse est logique. Dans tous types de service, pour tous types de patient, la relation de confiance est indispensable et conditionne la suite des soins.

Enfin, une question est restée en suspens pendant l'élaboration de ce mémoire : Après une consommation/introduction d'alcool/de toxiques dans la structure, quelle est la raison pour laquelle l'équipe ne respecte pas les procédures en cas de non-respect du contrat ?

Ces situations m'ont amené à poser une question de départ :

Pourquoi les soignants peuvent-ils être en difficulté pour faire respecter le contrat thérapeutique dans un service d'addictologie prenant en soins des personnes alcoolo-dépendantes ?

Ainsi, pour tenter de trouver des causes à ces problèmes rencontrés dans ces deux situations, je me suis appuyée sur le **diagramme d'Ishikawa**. Ce diagramme est disponible en annexe n°1.

Pour ce faire, ce diagramme de causes à effets se base sur cinq items : matériel, main d'oeuvre, milieu, méthode, matière, et tente de trouver les causes à un problème qui entraîne des conséquences.

Dans les deux situations, le problème serait la difficulté des soignants à faire respecter les contrats de soins établis avec les patients. La conséquence serait donc une inégalité entre les autres patients présents pour leur cure de sevrage et une rupture de la confiance soignant/patient.

Nous pouvons tenter d'identifier des causes :

En ce qui concerne la main d'oeuvre, cela prend en compte le personnel soignant. Nous pouvons constater une divergence des valeurs chez les membres du personnel soignant qui pourrait être identifiée comme une cause au problème. Concernant toujours les professionnels de santé, nous pouvons également supposer un manque de connaissances quant aux contrats de soins et les modalités qu'il prend en compte. Nous pouvons rajouter que les situations de risque de rupture de contrat se déroulent principalement les week-end, moment où la médecin n'est pas présente. Etant donné que c'est elle qui prend la décision finale, sa non-présence peut-être un frein pour l'équipe.

Concernant la matière, elle prend en compte les patients. Nous pouvons émettre des suppositions. Peut-être ne sont-ils pas prêts à s'engager dans une cure de sevrage ce qui peut mettre l'équipe en difficulté lors du choix d'une rupture de contrat de soins ?

Pour la méthode, peut-être existe-t-il un défaut de communication au sein de l'équipe notamment lors des réunions de synthèse ?

Concernant le matériel, nous pouvons émettre une hypothèse quant au contrat de soins. Peut-être n'est-il plus adapté à ce jour pour les profils des patients ?

Enfin, pour l'item milieu, je n'ai pas trouvé de cause au problème.

<p style="text-align: center;">PARTIE 2 : CADRE DE RÉFÉRENCE</p>
--

I - CADRE INSTITUTIONNEL

A) PRÉSENTATION DU SERVICE ET DE LA POPULATION ACCUEILLIE

Les deux situations évoquées se sont déroulées au cours de mon stage de semestre trois. J'ai effectué ce dernier dans un service d'alcoologie dans un hôpital public du Douaisis. Cet hôpital dispose d'un service de médecine, un service de soins de suite, un service de soins de longue durée, un EHPAD, un service de psychiatrie et un service d'alcoologie.

Cet hôpital dispose également d'un SSIAD, d'un hôpital de jour en psychiatrie, en alcoologie et en réhabilitation respiratoire ainsi que des appartements thérapeutiques.

Le service d'alcoologie est composé de deux sites de soins : un lieu pour les consultations médicales, psychologiques et les entretiens infirmiers et le service d'hospitalisation.

Ce service accueille des patients présentant principalement une alcoolodépendance mais également une dépendance à la cocaïne, aux benzodiazépines ou encore au THC.

La population accueillie est assez hétérogène : des femmes et des hommes âgés de dix-huit à soixante ans en moyenne.

Le projet thérapeutique de la structure est fondé sur l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool souhaitant s'engager dans une démarche de soins.

La structure possède une capacité d'accueil de douze lits dont deux chambres doubles.

Le temps d'hospitalisation varie entre une semaine, deux ou trois semaines en fonction de l'avis médical de la médecin addictologue. Cette consultation de pré-admission est indispensable car c'est à ce moment que la médecin expose le contrat de soins qu'elle complète avec le patient.

Cette structure accueille également des patients sous injonction de soins comme par exemple après une conduite de véhicule sur la voie publique sous l'emprise d'alcool ou de THC. D'ailleurs, durant ce stage, plusieurs patients étaient porteurs d'un bracelet

électronique et étaient contraints de rester dans la structure durant le temps de la cure. Cette notion de volontariat ou d'injonction de soins va énormément jouer sur l'implication du patient sur son désir de sevrage ou non et les risques de rechute au moment de la sortie. Les patients présents dans la structure sont souvent connus car ils sont suivis par la médecin addictologue ou encore par le psychologue du service depuis de nombreuses années.

Durant l'hospitalisation, les patients bénéficient de : bilans somatiques, entretiens individuels, psychothérapie individuelle et/ou de groupe, groupe de paroles, groupe d'informations, relaxation, activités physiques, activités manuelles, activités à visée de réadaptation, rencontre avec les membres d'associations d'aide à l'abstinence, (Croix bleue, Alcoolique anonyme, Vie libre) ou encore soutien aux projets de post-cure et/ou d'hôpital de jour.

Les activités thérapeutiques à médiation font partis de la prise en charge et sont donc obligatoires ; elles sont d'ailleurs inscrites dans le contrat de soins. Elles changent toutes les semaines et ont chacune un intérêt thérapeutique dans le maintien de l'abstinence.

Dans le cadre de mes dix semaines de stage, j'ai pu passer deux semaines à l'hôpital de jour. Ce dernier a pour vocation de consolider le parcours de soins des patients sortant d'hospitalisation en alcoologie ou de patients vus en consultations ambulatoires, en les accompagnant à moyen et long terme.

Il existe également la liaison qui se déroule dans un hôpital voisin du Douaisis. Cette liaison, dans laquelle j'ai passé trois jours a pour but d'accompagner les personnes alcoolo-dépendantes issues des urgences. Ainsi, cela va permettre de les accompagner vers une hospitalisation dans la structure d'alcoologie pour une prise en soins de leur dépendance à l'alcool.

B) PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE ET LEURS RÔLES

L'équipe soignante est composée d'une médecin addictologue (avec des internes), d'un psychologue, d'une neuropsychologue, d'un cadre de santé, d'infirmiers, d'aide-soignants, d'une assistante sociale, d'une secrétaire médicale, d'une ASH, de

kinésithérapeutes travaillant dans l'enceinte de l'hôpital ainsi que dans d'autres structures. Il en est de même pour le coach sportif, la diététicienne et l'art-thérapeute.

Les infirmiers réalisent les soins sur prescription de la médecin addictologue et effectuent des actes selon leur rôle propre à savoir l'observation clinique, les entretiens infirmiers, la mise en place et la mise en oeuvre des activités thérapeutiques. Elles réalisent principalement la distribution des thérapeutiques, la réalisation des bilans sanguins, la prise des paramètres vitaux etc... Les infirmiers travaillent en étroite collaboration avec les aide-soignants qui réalisent les soins de confort aux patients présentant un déficit en soins personnels.

La médecin addictologue joue un rôle de conseiller, d'information et de prévention. Elle suit les patients sur le plan somatique tout au long de la cure. C'est également elle qui proposera un suivi pour éviter la rechute. Elle établit aussi les prescriptions médicales que les infirmiers exécutent. Tous ses actes sont réalisés en collaboration avec l'interne. Elles effectuent les visites de pré-admission et c'est également à elle que revient la décision finale de rupture de contrat de soins ou non s'il y a transgression du règlement.

Le psychologue anime des activités sur l'estime de soi, « savoir dire non » ou encore des groupes de parole permettant aux patients de verbaliser leurs angoisses, leurs ressentis, les envies d'alcool. Il met aussi en place des entretiens hebdomadaires avec les patients.

La neuropsychologue réalise des bilans pour étudier les liens entre les lésions cérébrales que peut causer la consommation d'alcool chronique et les conséquences sur les comportements des patients.

Le cadre de santé organise les activités paramédicales ou de soins au sein du service en veillant à la qualité et la sécurité des prestations.

L'assistante sociale informe, conseille, accompagne et oriente les patients en difficulté et leur entourage, les aidants familiaux, sur les différentes démarches sociales, administratives, juridiques et financières.

L'ASH est chargée de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des patients.

La secrétaire médicale s'occupe de la gestion administrative des dossiers, des entrées, des prises de rendez-vous, de la gestion de l'agenda, des mails, des lettres etc.

La diététicienne anime des groupes de paroles et adapte les repas des patients en fonction de leurs besoins.

L'art-thérapeute et le coach sportif interviennent lors d'activités thérapeutiques.

C) PRÉSENTATION DES OUTILS DE SOINS

Dans le service, l'équipe dispose de dossiers patients en format papier où l'on retrouve les informations importantes concernant les patients : données administratives et civiles, macro-cible d'entrée, transmissions ciblées des différents professionnels, prescriptions médicales, synthèse des activités, résultats des examens biologiques ainsi que le contrat de soins mis en évidence sur la première page du dossier. On y retrouve également les comptes-rendus des réunions de synthèse. Cette dernière permet de faire le bilan sur le sevrage des patients et les éventuelles difficultés de ce dernier, l'histoire de leur hospitalisation, les projets qu'ils envisagent : post-cure, hôpital de jour, suivi dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)...

Chaque soignant y détaille les différents bilans et évaluations réalisés, le déroulement des activités, le comportement du patient. Cela permet de mettre en lumière les progrès réalisés ou les régressions au cours de l'hospitalisation. Enfin, une trace écrite est gardée dans le dossier patient. Lors de cette réunion, il est aussi évoqué l'implication des patients aux différentes activités. Ces derniers bénéficient tous les jours d'activités thérapeutiques à médiation (temps de parole, activités sportives, cuisine, relaxation...) pour mener à bien leur sevrage.

Le service est également équipé d'un logiciel de soins permettant de retranscrire les paramètres vitaux des patients et les signes de sevrage pris la première semaine. C'est sur ce logiciel que l'on peut retrouver la planification des thérapeutiques à administrer.

Il y a également un tableau mural dans la salle de soins permettant la planification des diverses interventions soignantes à effectuer dans la semaine. Il y a aussi un tableau mural dans le couloir sur lequel est affiché les activités thérapeutiques à médiation de la semaine.

Dans la salle de soins se trouve un chariot d'urgence avec les différents protocoles en cas de crise convulsive.

Une ligne téléphonique est gérée par les infirmières 24h/24 pour répondre aux appels des familles, des personnes alcoolisées ou ayant des envies d'alcool.

Concernant l'outil de soins qui intéresse le sujet de mon TFE, le contrat de soins est signé par le patient avant son entrée dans la structure au cours de l'entretien pré-admission avec la médecin addictologue. Cette dernière reprend point par point les différentes règles inscrites sur ce contrat. Par cette signature, le patient affirme avoir compris ce contrat et s'engage à le respecter pour toute la durée de la cure.

Ce contrat comprend entre autres :

- La non-consommation/introduction d'alcool/de stupéfiants dans la structure
- La non-consommation d'alcool/de stupéfiants au cours des permissions
- Le patient autorise l'équipe de soins à vérifier ces deux derniers points par :
 - Des ethyloests au retour de permission ou à tout autre moment de la cure
 - Des fouilles des effets personnels si cela est jugé nécessaire
- Le patient s'engage à participer aux activités dites thérapeutiques
- Les objectifs du patient pour la durée de la cure. Ils sont rédigés par la médecin addictologue en fonction du profil du patient et de ses attentes.

Si l'une de ces différentes règles n'est pas respectée, une rupture de contrat est envisagée après discussion avec l'équipe. Après concertation, c'est la médecin addictologue qui prendra cette décision.

Après avoir présenté le cadre institutionnel, je vais maintenant exposer le cadre théorique et le cadre conceptuel afin d'expliquer les différents concepts et théories abordés au sein de mon travail de fin d'études.

II - CADRE THÉORIQUE

A) L'ALCOOLODÉPENDANCE

Avant de parler d'alcoolodépendance, commençons d'abord par parler de l'alcool⁸ de manière générale. L'alcool est composé d'une seule et même substance, l'éthanol. Ce dernier provient de la fermentation de fruits ou de grains. Pour quantifier la proportion d'alcool dans une boisson, on utilise le degré alcoolique. Par exemple, si une boisson fait 13°, cela signifie que dans 100 mL il y a 13 mL d'alcool pur.

Il existe un verre standard⁹ (celui qui est servi dans les bars) qui correspond à un verre qui contient la même quantité d'alcool. Un verre de vin, un whisky ou un pastis contiendront donc la même quantité d'alcool pur (environ 10 grammes) mais n'auront pas le même volume total. Un verre standard correspond à une unité d'alcool. L'alcool se lie directement sur les récepteurs de l'acétylcholine, de la sérotonine, du GABA et les récepteurs NMDA du glutamate. C'est l'action sur le système au GABA qui est le plus important. C'est un régulateur du fonctionnement des neurones. L'alcool va faciliter l'action de ce système et est à forte dose, dépresseur de l'activité neuronale. En prise chronique, le cerveau s'adapte et diminue la production de GABA. Il faut donc augmenter les doses pour ressentir les mêmes effets.

L'OMS définit la personne dépendante à l'alcool comme un « *buveur excessif dont la dépendance conduit à une consommation responsable d'un trouble mental ou psychique affectant son comportement, relations sociales et le statut économique du sujet.*¹⁰ » Cette définition est extraite d'un comité d'experts de la santé mentale (sous comité de l'alcoolisme) datant d'août 1952. A travers cette définition, nous pouvons voir que la maladie alcoolique existe dès lors qu'il y a une dépendance. Nous pouvons aussi rajouter qu'il s'agit d'une maladie chronique dont l'évolution est marquée par une alternance de périodes d'activité et de rémission.

Ce syndrome de dépendance peut se définir comme un « *ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance*

⁸ <<http://www.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool#.XMRKsrbpN-U>>

⁹ Annexe 2

¹⁰ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41731/WHO_TRS_48_fre.pdf?sequence=1>

psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. » selon l'Organisation mondiale de la santé.¹¹

De nos jours, nous parlons plus de dépendance que d'addiction ou d'accoutumance du fait de l'introduction de ce terme par un comité d'experts de l'OMS en 1964.

L'alcoolodépendance peut donc être défini comme :

« Une maladie et le définit comme des troubles mentaux et trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Cette perte de contrôle s'accompagne généralement d'une dépendance physique caractérisée par un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation, une dépendance psychique, ainsi qu'une tolérance (nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet)»

L'OMS définit l'usage dit « régulier » d'alcool par une consommation de 21 unités d'alcool par semaine pour les hommes soit 3 unités par jour et par une consommation de 14 unités pour la femmes, ce qui correspond à 2 verres par jour. Au delà de ce seuil, il s'agit d'un mésusage et c'est là qu'apparait le risque d'alcoolodépendance. Cette dépendance peut être physique avec la notion de syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation ; elle peut également être psychique avec l'existence d'un craving c'est-à-dire « *l'envie irréprouvable de consommer la substance.* » (O Guillin et al, 2000)

C'est en mars 2019 que Santé publique France¹² et l'institut national du cancer (Inca) alertent sur la consommation d'alcool des français. En effet, 24 % des français dépassent les repères de consommation d'alcool selon les résultats du Baromètre de Santé publique France 2017¹³.

Ainsi, ils ont réévalué les recommandations de l'OMS (vues précédemment). Les nouveaux repères de Santé publique France préconisent maintenant 2 verres d'alcool par jour au maximum, 10 verres dans la semaine et des jours sans consommer. Ils résument par « *Pour votre santé, l'alcool c'est maximum 2 verres par jour, et pas tous les jours* »

¹¹ <https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/>

¹² <<https://santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Alcool-et-santé-améliorer-les-connaissances-et-reduire-les-risques>>

¹³ Enquête menée du 5 janvier au 18 juillet 2017 auprès de 25 319 personnes de 18-75 ans résidant en France métropolitaine.

Ainsi, du 26 mars au 14 avril 2019, le ministère des solidarités et de la santé et Santé Publique France ont lancé une campagne d'information pour rappeler que la consommation d'alcool comporte des risques et font la promotion des nouveaux repères de consommation. Cette campagne a été construite autour des risques méconnus associés à la consommation d'alcool (hémorragie cérébrale, cancers, hypertension...). En lien avec cette campagne de prévention, Santé Publique France a également mis en ligne un alcoomètre¹⁴ qui permet d'évaluer sa consommation hebdomadaire d'alcool et ainsi estimer les risques liés à cette consommation.

Le mot « alcoolisme » a été créé en 1849 par Magnus HUSS, un médecin suédois, après avoir constaté la fréquence des conséquences hépatiques, cardiaques et neurologiques touchant la population hospitalière de Stockholm. Il le définit comme « *L'ensemble des conséquences pathologiques d'une consommation excessive de boissons alcooliques* ».

C'est vers le milieu du XXe siècle qu'apparaît l'alcoologie « *science au carrefour de la médecine, de la psychologie, de la psychiatrie et de la sociologie* »¹⁵. C'est grâce à Pierre FOUQUET, psychiatre et fondateur de la société française d'alcoologie qu'en 1963 une nouvelle conception de la maladie alcoolique apparaît. Il est considéré comme le fondateur de l'alcoologie française.

Pierre FOUQUET définit d'ailleurs la dépendance comme une « *perte de liberté de s'abstenir* ».

Ses travaux ont abouti à une classification de l'alcoolisme¹⁶ en 1952, qui prend en compte trois facteurs : le psychique, la tolérance, le toxique. Il différencie l'alcoolite de l'alcoolose ou encore du somalcoolose.

Cette classification a été remplacée par celles du CIM-10 et du DSM-5 depuis de nombreuses années.

De nos jours, les impératifs de santé publique sont en faveur d'outils internationaux. Le plus utilisé est le DSM-5, qui permet de faire la distinction entre abus et dépendance.

¹⁴ <<https://alcoometre.fr>>

¹⁵ <<https://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2010-2-page-53.htm>>

¹⁶ Annexe 3

De nombreuses études ont tenté d'identifier les facteurs de risques de développer cette pathologie. Leurs résultats montrent que le développement des conduites addictives serait la résultante de facteurs multiples, complexes et étroitement liés selon la conception bio-psycho-sociale des addictions. Il y aurait donc des facteurs de risque liés au produit mais également des facteurs de risque individuels et environnementaux selon une étude menée en 2014 par Corinne DANO.¹⁷ La susceptibilité à la maladie varie d'un individu à l'autre mais également au cours de la vie.

Il existe dans cette maladie une certaine forme de déni. En effet, parmi les personnes alcoolo-dépendantes, seules 20 % sont inscrites dans les soins. Cela peut également s'expliquer par le manque d'accès aux soins, le manque d'informations, un sentiment de honte etc...

Chez les personnes qui reconnaissent avoir besoin d'aide mais qui n'en font pas la démarche, la cause principale est le manque de confiance de l'efficacité de la prise en soins.

Une étude récente¹⁸ nous indique que le délai moyen de prise en charge pour une dépendance est de 14 ans, probablement le temps de la prise de conscience du caractère pathologique des consommations. Le recours à une aide thérapeutique est donc souvent tardive chez les personnes alcoolo-dépendantes. D'où le fait que seulement 20 % de ces personnes sont prises en soins.

En ce qui concerne l'épidémiologie, l'INSERM¹⁹ indique que la consommation d'alcool diminue considérablement depuis les quarante dernières années. Actuellement, 13,5% des adultes ne boivent jamais et 10% boivent tous les jours. Cette consommation quotidienne touche plus les hommes pour 15 % d'entre eux, contre 5 % des femmes.

Cependant, l'alcool reste aujourd'hui la deuxième cause de décès prématurés (après le tabac) dans le monde car il est responsable de plus de 200 maladies et atteintes diverses. À dose élevée, la consommation d'alcool contribue de façon directe ou indirecte à 11% des décès masculins et à 4% des décès féminins. On compte 41 000 décès liés à l'alcool en 2015. Cela reflète un véritable problème de santé publique d'où la mise en place de plan

¹⁷ Annexe 4

¹⁸ <<http://www.fondationrecherchealcoologie.org/wp-content/uploads/2015/07/Epidemiologie-Claire-Labrousse-et-Philip-Gorwood.pdf>>

¹⁹ <<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>>

d'action, de plan cancer (par l'institut national du cancer) ou encore de stratégies mondiales (par l'OMS).

Environ 10% des adultes sont en difficulté avec l'alcool (15% d'hommes et 5% de femmes), dans une tranche d'âge entre 25 et 64 ans principalement. Cette proportion est restée stable depuis le début des années 1990. Les hommes au chômage et les travailleurs indépendants constituent les populations les plus à risque.

B) RECHUTES

Selon l'article d'addiction suisse²⁰, la rechute arrive lorsqu'une personne ayant un problème de dépendance consomme à nouveau de l'alcool après une période d'abstinence. Cette notion de rechute ne correspond pas à une réalcoolisation ou encore à un « faux pas ». Ces derniers consistent au fait qu'une personne alcoolo-dépendante consomme une ou plusieurs fois mais en petite quantité sans rechuter dans une dépendance à l'alcool. Cependant, cette réalcoolisation peut et débouche très souvent sur une rechute. La rechute peut être également un passage d'une dépendance (l'alcool par exemple) à une autre (les benzodiazépines...)

Selon le modèle de Prochaska et DiClemente²¹, la rechute fait partie du processus. En effet, avant d'atteindre la guérison, le patient passe par plusieurs étapes : tout d'abord la pré-intention où il ne se sent pas concerné par l'arrêt du produit, puis vient l'intention où il commence à réfléchir sur l'arrêt de la substance. Vient alors la préparation où il va planifier son arrêt suivie de l'action où le patient arrête de consommer. Le patient maintient pendant quelques temps l'arrêt de ce produit jusqu'à la rechute où il doit recommencer tout le processus. Quand le patient arrête définitivement, les deux psychologues canadiens parlent de guérison. A travers ce modèle des changements de comportements, on peut voir que la rechute est donc une étape ayant sa place jusqu'à la guérison du patient. Le modèle est disponible en annexe n°4.

²⁰ <https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rechute.pdf>

²¹ <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf>

La rechute est elle-même constituée de plusieurs étapes. Tout d'abord, le patient ressent une gêne, une douleur, une envie oppressante de reconsommer et va donc assouvir ses pulsions.

Cette notion de rechute peut-être difficile à vivre pour les soignants dans le sens où ils se sentent impuissants et peuvent penser que leurs prises en soins sont inefficaces. En effet, les actions entreprises par les soignants n'ont pas de résultats immédiats du fait du profil chronique et les rechutes à répétition de cette pathologie. Ce sentiment d'impuissance peut même aller jusqu'à un épuisement professionnel.

C) LE CONTRAT DE SOINS

Pour aborder le contrat de soins, parlons d'abord du contrat de manière générale. Un contrat est selon le Larousse « *Une convention, un accord de volontés ayant pour but d'engendrer une obligation d'une ou de plusieurs personnes envers une ou plusieurs autres* ». Ce contrat de soin est régi par des lois dans le code civil à l'article 1101 qui le définit comme « *Un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations.*»

Etymologiquement, le contrat vient du latin *contractus* qui est le phénomène résultant de *contrahere* (action de resserrer ou encore engager une affaire avec); l'action de contraindre renvoie au latin *constringere*, de *stringere* (serrer).

Cette notion de contrat est aujourd'hui présente dans les soins. Il semblerait que le terme de contrat thérapeutique soit apparu dans les années 1930 avec l'arrêt Mercier en mai 1936 qui stipule que le médecin passe un contrat avec son patient et qu'un échange de consentement préside à l'acte de soin. En effet, avec cet arrêt, la Cour de Cassation a reconnu l'existence d'un contrat entre le patient et le soignant. Le support écrit n'étant pas obligatoire ; il s'agit le plus souvent d'un contrat moral, symbolique.

Ainsi, pour résumer cet arrêt, je me permets de citer un des passages :

« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, si non bien évidemment de guérir le malade, du moins, de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. La violation, même involontaire, de cette obligation

contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle. »

Cependant, ces dernières années les pratiques médicales tendent vers une contractualisation des soins. Cette nouvelle dynamique des soins se voit avec la loi Kouchner du 4 mars 2002 qui définit les droits et les devoirs du patient en donnant plus d'autonomie et de savoir aux patients. Grâce à cette nouvelle dynamique de contractualisation des pratiques soignantes, le patient est acteur de sa guérison et participe activement en collaboration avec l'équipe soignante à son projet de soins.

Dans le cadre de la psychiatrie et plus précisément en addictologie, le contrat de soins a toute sa place dans le sens où le patient a une place centrale avec une importance pour le relationnel. En effet, la pathologie est mise en second plan pour se concentrer d'abord sur la personne.

Le contrat se met donc en place avec le patient en lien avec ses objectifs et sa conception de la pathologie pour ouvrir un espace thérapeutique. Ce contrat inscrit le patient dans un projet thérapeutique établi pour une durée déterminée et instaure un cadre spatial, temporel et relationnel.

Je me permets de citer Mickaëlle Guisseau-Gohier, qui indique que « *La mise en place d'une réponse institutionnelle s'appuyant sur le contrat thérapeutique permet « d'alimenter » nécessairement la réflexion de l'équipe soignante sur sa place, ses fonctions et ses limites, mises souvent à l'épreuve dans les pathologies addictives. »*

Le contrat de soin doit avoir un juste milieu. Il ne doit être trop laxiste car il sera alors source d'angoisse ou de rupture car les patients sont confrontés à leur toute-puissance. Cependant, il ne doit pas être trop rigide car le patient aura une impression d'emprise.

Pour que le contrat soit valable, il semble logique qu'un consentement entre les deux parties soit verbalisé. Celui-ci doit être mutuel, libre et éclairé. C'est par le biais de la loi Kouchner que nous avons évoqué précédemment que le patient prend la décision ou non d'intégrer les soins.

Ce contrat peut aboutir à une rupture si l'un des deux parties n'a pas respecté une de ses clauses.

III - CADRE LÉGISLATIF

Malgré une diminution de la consommation d'alcool en France ces dernières années, notre pays reste l'un des plus gros consommateurs d'alcool de l'union européenne²². Nous pouvons également constater une augmentation des usages à risque et des ivresses chez les 18-34 ans depuis 2005. Cela place donc la consommation d'alcool en tant que problème majeur de santé publique d'où l'instauration de plans d'actions par différents organismes.

Les politiques publiques²³ mises en place ont un objectif de prévention et de prise en charge. Elle sont mises en œuvre par le ministère en charge de la santé et s'appuient sur un ensemble d'outils :

- Un cadre normatif élaboré en concertation avec d'autres ministères (notamment le ministère de l'intérieur). Ces articles sont présents dans le livre 3 du code de la santé publique : lutte contre l'alcoolisme, titre Ier : prévention de l'alcoolisme.

L'article L3311-3 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art.12 à marqué mon attention. Cet article régit les campagnes d'information menées dans le cadre de la lutte anti-alcoolisme. Ces campagnes cernent principalement les femmes enceintes avec le risque de syndrome d'alcoolisation foetale et les jeunes afin de lutter contre leur consommation excessive d'alcool.

De plus, l'article L3311-2 modifié par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 92 prend toute sa place dans le cadre de mon TFE. En effet, il stipule que :

« Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles assurent notamment des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille. »

²² Annexe 6 <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en>>

²³ <<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/politique-de-sante-publique-en-matiere-de-consommation-d-alcool>>

D'autres lois sont également présentes :

- La loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme dite loi Evin. Le titre II concerne la lutte contre l'alcoolisme et concerne différents points comme par exemple l'interdiction de vente d'alcool dans les distributeurs automatiques ou encore l'interdiction de ventes d'alcool aux mineurs.

Il est également mis en place des plans de santé publique nationaux comme le Plan cancer 2014-2019 mais aussi internationaux comme le plan européen de lutte contre l'usage nocif d'alcool de l'OMS 2012-2020.

Enfin, des campagnes d'information sont mises en place en direction du grand public, des femmes enceintes et des jeunes.

Le contrat a une part dans le code civil à l'article 1101²⁴ : « *Le contrat est un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations.* »

Cependant, dans l'article « Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale » publié dans la revue « *L'information psychiatrique* » en 2007, les auteurs précisent bien que le contrat thérapeutique n'a aucune valeur juridique. De là, il ne faut donc pas confondre le contrat de soins et le contrat juridique qui lui se réfère au code civil vu précédemment.

IV - CADRE CONCEPTUEL

Un concept est défini par le LAROUSSE²⁵ par une « *Idee générale et abstraite que se fait l'esprit humain d'un objet de pensée concret ou abstrait, et qui lui permet de rattacher à ce même objet les diverses perceptions qu'il en a, et d'en organiser les connaissances* ».

²⁴ <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006436086>>

²⁵ <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/concept/17875>>

Ici, je vais développer les concepts en lien avec la thématique de mon travail de fin d'études. Pour cela, je me suis aidée du livre des concepts en sciences infirmières²⁶ écrit en 2012 par Monique FORMARIER et Ljiljana JOVIC.

A) DÉPENDANCE

Tout d'abord, le concept de **dépendance** est le premier concept qui m'est apparu le plus important concernant mon TFE. En effet, ce dernier est centré sur la prise en charge de l'alcoolodépendance.

Le Dictionnaire Littré propose la définition suivante : « *Sorte de rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre ; subordination, sujétion* »

Le dictionnaire de l'Académie Française précise cette définition :

« Relation étroite et parfois réciproque, impliquant ou non une subordination, qui se rattache, comme élément accessoire, à une chose principale, fait pour une personne ou un groupe de personnes de dépendre de quelqu'un d'autre ou de quelque chose ; sujétion; asservissement à un produit nocif, à une drogue, dont l'absorption répétée a créé un besoin impérieux ».

Une personnalité est dite « dépendante » si elle présente un besoin général et excessif d'être pris en charge, un comportement soumis, une peur de la séparation, dans des contextes divers de la vie courante.

Dans le cadre des addictions, la dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement. Elle peut entraîner des modifications du comportement.

En 1990, le psychiatre américain Aviel Goodman définit l'addiction comme « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* »

²⁶ <<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm#>>

Plusieurs attributs sont en lien avec ce concept et mon sujet :

- La dépendance évoque un état de besoin parfois incontrôlable, un désir compulsif, l'abandon progressif de tout autre plaisir, une incapacité physique ou psychique ;
- Elle nécessite l'aide d'autrui ou d'une substance.

B) EQUIPE, TRAVAIL EN EQUIPE

Ensuite, nous pouvons développer un second concept : **celui de l'équipe, du travail en équipe**. En effet, dans les deux situations évoquées dans le constat, nous pouvons voir des ambivalences quant aux prises de décision des soignants. Nous pouvons également dire que tous les soignants participent à la prise en soins des patients et que tous interviennent dans la prise de décision de rupture de contrat de soins. Dans la prise en charge de l'alcoolodépendance, la notion de travail en équipe est primordiale.

Selon Mucchielli, un sociologue français « *Le travail en équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille. L'efficacité d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des règles, une dynamique qui doivent être maîtrisées pour conduire à la réussite de l'équipe* ».

J'ai donc repéré des attributs en lien avec ce concept de travail en équipe :

- La coopération et l'entraide sont indispensables. Les membres d'une équipe sont interdépendants ;
- La communication est facile, ouverte et entraîne la confiance. L'information est partagée, la confrontation positive est possible.

Cependant, on peut noter dans une équipe des difficultés à travailler ensemble comme le souligne mon sujet de TFE. Nous pouvons dire que la réussite d'une équipe est liée à la volonté de chacun de collaborer au travail collectif en y apportant sa contribution.

Tous les individus n'ont pas les qualités requises ni les capacités pour travailler en équipe. Selon Couchaère, experte certifiée en coaching d'équipe quatre qualités sont indispensables :

- La crédibilité : être fiable au regard des compétences de son métier ;
- La cohérence c'est-à-dire la capacité à arriver à se faire comprendre, à être précise, claire dans ses propos ;
- La consistance : quelqu'un qui tient ses engagements, à qui l'on peut faire confiance ;
- La congruence : créer un climat harmonieux et pérenne.

Mucchielli nous donne les conditions nécessaires en sept points pour bien travailler en équipe :

« Une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche, l'expression possible des désaccords et des tensions, la non mise en question de la participation affective du groupe, l'entraide en cas de difficulté d'un des membres, la volonté de suppléance d'un membre défaillant, la connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun, la division du travail après élaboration en commun d'objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche».

C) PRENDRE SOIN, CARE, CARING

Un troisième concept est en lien avec mon TFE : celui du « prendre soin ». Ce concept a été décrit par Marie-André Vigil-Ripoche dans le livre des concepts en sciences infirmières.

Ce terme de « prendre soin », dans le domaine des soins infirmiers, vient de l'anglais *care* et a été introduit en 1982 par Marie-Françoise Collière. Dans le cadre du *Nursing*, ce terme *care* signifie soins et *nursing* signifie les soins infirmiers.

Nous pouvons également citer Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique qui a écrit un ouvrage en 1997 sur le « prendre soin » à l'hôpital : *« Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. »* « Prendre soin » selon lui, c'est porter une attention particulière bienveillante et bienfaitante. Il explique alors que pour ce faire, il faut travailler ses valeurs. W. Hesbeen en retient huit qui sont incontournables pour une pratique soignante porteuse de sens et respectueuse : le respect, la dignité, la bienveillance, la politesse, l'humilité, la sensibilité, la générosité et la délicatesse.

Au-delà de l'aspect technique de la profession soignante, des valeurs ou qualités humaines sont indispensables pour définir le « prendre soin » selon W. Hesbeen. L'auteur les définit sous 4 mots : l'humilité, la sensibilité, la générosité et la délicatesse.

Le concept de « prendre soin » est ici posé comme une orientation philosophique du soin et non comme une orientation scientifique car elle permet de considérer « *l'être humain en tant que sujet singulier ou corps que la personne est* » et jamais comme un objet de soins.

Il définit alors le prendre soin par « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé.* » Par cette définition, ce concept de « prendre soin » prend tout son sens avec le sujet de ce TFE.

PARTIE 3 : INVESTIGATION

I - MÉTHODOLOGIE D'INVESTIGATION

Après ces quelques concepts et théories, il me faut comparer cette théorie avec la pratique soignante. Pour ce faire, j'ai réalisé une investigation dans un établissement prenant en soins des personnes ayant un mésusage de l'alcool.

A) CHOIX DE L'OUTIL D'ENQUÊTE

Dans le cadre de mon enquête, il était possible de réaliser un questionnaire, l'observation ou des entretiens.

J'ai choisi de réaliser des entretiens qui se définissent par « *Un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé* » selon Grawitz M. , une sociologue française.

Selon moi, cette méthode est la plus adaptée car les entretiens permettent de poser des questions ouvertes aux professionnels interrogés permettant ainsi une libre expression de

ces derniers sur leur ressenti, leur vécu, leur opinion. Cela permet également d'avoir une meilleure vision de la pratique soignante. C'est pourquoi je n'ai pas choisi de réaliser de questionnaire qui ne m'aurait pas permis d'obtenir toutes les réponses à mes questions.

Cette enquête est basée sur des entretiens semi-directifs ayant pour but d'obtenir des réponses qualitatives et précises.

L'entretien semi-directif se définit comme une « *Technique de recueil d'informations qualitatives permettant de rassembler des faits et opinions des personnes interrogées sur un sujet donné.* ». Dans le cadre de mon sujet de mémoire sur les difficultés que peuvent avoir les soignants à respecter un contrat de soins, cet outil d'enquête semblait particulièrement adapté.

B) CHOIX DE LA STRUCTURE

Ma thématique de recherche étant centrée sur les pratiques soignantes autour des contrats de soins dans un service d'alcoologie, j'ai décidé de me rendre dans la structure où j'ai effectué mon stage de semestre trois pour effectuer mon enquête exploratoire à l'aide des entretiens.

En effet, connaissant déjà le service et les habitudes soignantes, cela me permet de mieux centrer mes différentes questions.

De plus, mes deux situations d'appels viennent de cet établissement.

C) POPULATION INTERROGÉE

Mon thème de TFE prend en compte tous les professionnels qui prennent en soins les patients de la structure.

Cependant, j'ai dû faire un choix sélectif concernant les personnes que j'allais interroger. J'ai donc choisi de faire quatre entretiens semi-directifs avec trois infirmières et le cadre de santé. Je souhaitais réaliser un entretien avec le psychologue mais il était indisponible dans mes créneaux. Je voulais également m'entretenir avec la médecin du service mais elle n'a pu se libérer pour mon entretien.

Pour mener au mieux ces entretiens, j'avais donc des critères d'inclusion. Tout d'abord, je voulais au minimum deux corps de métiers différents qui participent à la prise en soins des patients. Je souhaitais également que les soignants qui participent aux entretiens ne connaissent les questions en amont pour ne pas fausser les résultats de mon enquête. J'avais ensuite un dernier critère d'inclusion : la personne interrogée doit avoir un minimum d'un an d'expérience dans la structure.

D) ÉLABORATION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

Pour mon investigation, j'ai créé une grille d'entretien pour répondre au mieux à mes interrogations. Cette grille est disponible en annexe.²⁷

J'ai réparti mon entretien en trois parties :

Tout d'abord, je présentais au soignant interrogé mon thème de TFE. Ensuite, je lui expliquais les cinq objectifs de l'entretien que j'avais préparé en amont dans la grille d'entretien.

Le premier objectif concerne la connaissance de la personne interrogée. Le second a pour but de visualiser les connaissances de la population interrogée en ce qui concerne le contrat de soins. A la suite, je souhaitais connaître les expériences du professionnel interrogé sur les ruptures de contrat de soins. Le quatrième objectif est centré sur la connaissance de l'impact des valeurs dans la prise de décision des ruptures de contrats thérapeutiques. Enfin, le dernier objectif est d'identifier l'interdisciplinarité dans le cadre d'une rupture de contrat de soins.

Je terminais mon entretien en remerciant le professionnel interrogé et en lui proposant un retour sur mon étude.

A la fin de mon premier entretien avec le cadre de santé, j'ai demandé s'il était possible d'avoir un exemple de contrat de soins et du règlement pour exploiter au mieux les réponses des entretiens.

²⁷ Annexe 7

E) MODALITÉ DE RÉALISATION DES ENTRETIENS SEMIS-DIRECTIFS

Avant de réaliser mes entretiens, j'ai tout d'abord réalisé la grille d'entretien avec l'aide de ma référente mémoire qui me l'a par la suite validé. J'ai ainsi pu contacter le cadre de santé du service d'addictologie pour lui parler de mon projet. Nous avons pu fixer deux dates pour les entretiens avec les quatre professionnels. Il ne souhaitait pas consulter la grille d'entretien avant notre rencontre mais m'a demandé mon thème de TFE.

Les entretiens se sont déroulés ainsi :

- Deux entretiens avec le cadre de santé et une infirmière le même jour. L'entretien avec le cadre s'est déroulé dans son bureau et avec l'infirmière dans la salle de soins. C'était lors d'un poste d'après midi.
- Deux entretiens infirmiers le lendemain en salle de transmissions l'une après l'autre également sur un poste d'après midi.

Les entretiens ont duré en moyenne 15 à 20 minutes et ont été enregistrés après l'accord donné des personnes interrogées. Pour analyser au mieux les entretiens, ils ont été retranscrits et sont disponibles en annexe.²⁸

F) LIMITES DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont bien déroulés dans l'ensemble. L'équipe était au courant de mon arrivée et m'ont accordé du temps pour les entretiens. Les lieux des entretiens étaient confortables, dans un endroit calme hormis pour l'entretien n°2 qui s'est déroulé en salle de soins et donc avec des passages d'autres soignants.

Néanmoins, je peux mettre en avant les limites des entretiens que j'ai réalisés. En effet, c'est lors de mon premier entretien avec le cadre de santé que je me suis rendue compte que la place de la médecin du service était indispensable. C'est à elle que revient toutes les décisions de ruptures de contrat de soins après concertation avec l'équipe pluridisciplinaire. Cependant, étant très occupée, elle n'a pu prendre le temps de réaliser un entretien.

²⁸ Annexes 8 à 11

Je souhaitais également réaliser un entretien avec le psychologue qui avait pris parti lors de la première situation d'appel. Avoir son témoignage aurait pu être intéressant mais il n'était pas disponible à ce moment.

Une autre limite peut également être évoquée. Lors de l'entretien avec la première infirmière, nous nous sommes installées en salle de soins car il n'y avait personne à ce moment. Cependant, nous avons cependant été coupées par la neuropsychologue. Nous étions à la dernière question donc cet empêchement ne m'a pas posé de problème pour l'analyse de l'entretien mais peut-être l'infirmière aurait pu ajouter d'autres propos.

II - PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUETE

J'ai décidé d'interroger deux corps de métiers différents : trois infirmières et un cadre de santé. Chacun de ces acteurs participent à la prise en charge des patients et surtout ont tous un rôle dans la décision d'une rupture de contrat de soins ou non.

L'objectif de ces entretiens étaient de comprendre pourquoi les soignants peuvent être en difficulté à prendre une décision de rupture de contrat de soins dans un service d'alcoologie. Par ces entretiens, ils ont pu chacun me donner des points de vue différents permettant d'agrémenter ma réflexion.

Pour faciliter mon analyse, j'ai effectué une grille de dépouillement classée dans l'ordre de mes objectifs. Cette grille est disponible en annexe n°12.

OBJECTIF N°1 : CONNAITRE LA POPULATION INTERROGÉE
--

Le premier objectif est de connaître la population interrogée et surtout d'appréhender l'ancienneté du diplôme et dans la structure. Cela m'a également permis de mieux connaître le profil des personnes interrogées de part leurs âges, l'ancienneté du diplôme et dans la structure ainsi que le parcours professionnel.

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3	ENTRETIEN 4
Profession	Cadre de santé	Infirmière	Infirmière	Infirmière
Âge	39 ans	42 ans	31 ans	36 ans
Ancienneté du diplôme	3 ans	14 ans (2005)	9 ans	15 ans
Parcours professionnel	- Diplôme IDE en 2002 : 3 CH différents : quasiment tous les service sauf la psychiatrie - Ecole de cadre : 6 mois en CDS de nuit en remplacement Puis ce service	- Aide-soignante en psychiatrie - IDE en Psychiatrie dans l'Aisne puis EPSM	Dans la structure depuis son diplôme	Tous les services de l'hôpital sauf la psychiatrie
Ancienneté dans la structure	2 ans et demi	9 ans	9 ans	10 ans

Au vu de ces entretiens, nous pouvons constater que les personnes interrogées sont plutôt jeunes et sont tous dans la même tranche d'âge avec une moyenne de 37 ans. (Entre 31 et 42 ans) Ils sont diplômés depuis un certain temps leur permettant d'avoir une bonne expérience. Cependant, le cadre de santé a une expérience plus limitée, avec trois années de diplôme. De plus, il s'agit de son premier poste en psychiatrie et c'est son premier temps plein. De cela peut émaner des difficultés de prise en soins et de recul du fait d'un manque d'expérience.

Les infirmières interrogées exercent dans la structure depuis une dizaine d'années, ce qui doit prouver une grande expérience dans ce service et une parfaite connaissance du fonctionnement de cette dernière.

Concernant le parcours professionnel, j'ai pu remarquer que seule une infirmière avait déjà travaillé en psychiatrie en tant qu'aide-soignante. Pour les autres personnes interrogées, la psychiatrie était une nouveauté pour eux.

Mais la deuxième infirmière interrogée est directement entrée dans la structure à l'obtention de son diplôme. On peut donc parler d'expérience confirmée en addictologie

car elle a réalisé tout son exercice professionnel dans cette structure et a donc été formé au fonctionnement de cette dernière.

<p>OBJECTIF N°2 : VISUALISER LES CONNAISSANCES DE LA POPULATION INTERROGÉE EN CE QUI CONCERNE LE CONTRAT DE SOINS</p>
--

Cet objectif a pour vocation de visualiser si les professionnels de santé connaissent réellement l'outil du service qu'est le contrat thérapeutique.

Ainsi, j'ai posé une première question : « **Avez-vous connaissance des différents points que mentionnent le contrat de soins ?** ». Les soignants ont une parfaite connaissance des points que mentionnent le contrat de soins. Ils me les ont cités sans hésiter : durée du séjour, le règlement intérieur, les interdictions et les possibilités, les permissions, les horaires de visites, ce qu'il est interdit de ramener, l'explication de la participation obligatoire aux activités, les risques s'il y a réalcoolisation etc...

A la question 2 « **Participez-vous à l'élaboration de ce contrat de soins ?** », le cadre de santé souligne que le chef de service, la médecin et lui-même sont en train de réécrire ce contrat dans le cadre d'un renouvellement du projet de service. Ce dernier est d'abord passé par une réunion avec l'équipe pour discuter d'éventuels changements. Ce changement de contrat va permettre un renforcement du règlement en précisant ce qu'il est possible et ce qu'il est interdit de faire. L'objectif est de poser un cadre thérapeutique plus ferme du fait des prises en soins des patients de plus en plus complexes. En effet, le cadre exprime une « montée de l'agressivité depuis un certain temps ». Ce renouvellement n'est pas encore prévu par une date officielle car ils sont très occupés par le renouvellement de ce projet de service.

L'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) n°1 évoque le fait que le contrat devrait être renouvelé car il n'est plus à jour, surtout en ce qui concerne les activités à médiation thérapeutique car cela fait 9 ans qu'elle est dans la structure et aucun changement n'a eu lieu.

Cependant l'IDE n°3 dit qu'il est changé régulièrement et que les différents points sont vus en réunion. Les infirmiers ont un rôle dans ce renouvellement de contrat car c'est au cours des réunions qu'ils expriment ce qui doit être remanié comme l'explique l'IDE lors de l'entretien. Elle précise qu'il est renouvelé dès que les soignants sont en difficulté face à une situation.

La question 3 traite de l'accès au contrat thérapeutique : « **Avez-vous accès au contrat de soins ?** » Les trois infirmières m'ont expliqué que c'est le patient qui garde le contrat de soins après la visite de pré-admission avec la médecin. Un exemplaire est disponible dans le dossier du patient.

La question 4 a pour vocation de savoir **comment est gérée une rupture de contrat de soins dans l'équipe ?** Les quatre soignants se rejoignent pour m'expliquer que la décision finale revient au médecin après concertation avec l'équipe soignante. Les soignants expliquent alors la situation, ils relatent les faits et chacun exprime son avis comme me le précise l'IDE 1. Si la médecin n'est pas d'accord avec l'équipe, elle explique pourquoi mais c'est tout de même elle qui prend la décision.

Cette réunion d'équipe peut parfois faire influencer le choix de la médecin dans sa prise de décision finale. Le cadre précise que dans certains cas, il doit prendre cette décision lui-même quand la médecin est indisponible.

Mais l'IDE n°3 précise que nous devons prendre le patient sur le fait pour prétendre à une rupture de contrat, une suspicion ne suffit pas. L'IDE n°2 ajoute que s'il s'agit d'une suspicion, ils font généralement souffler tout le monde à l'éthylomètre. Dans le cas où celui-ci est positif pour la personne en question, ils voient avec la personne la raison de cette réalcoolisation puis ils laissent de la distance et c'est revu le lendemain avec la médecin.

Enfin, pour cette objectif, j'ai posé une dernière question : « **Etes-vous toujours en adéquation avec la prise de décision ?** » Sur les soignants interrogés, 100 % disent que parfois qu'ils ne sont pas d'accord avec la décision finale prise par la médecin.

Pour l'IDE n°1, des patients devraient avoir des ruptures de contrat de soins mais n'en n'ont pas pour des cas de réalcoolisations par exemple.

Tandis que pour l'IDE n°2, elle explique que pour le même genre d'événements, les décisions divergent. J'ai d'ailleurs pu observer cela au cours de mon stage. Certains vont pouvoir réintégrer le service et d'autres subiront une rupture de contrat thérapeutique. En lui demandant pourquoi il y a une telle différence elle émet une hypothèse en disant que ce sont certainement les entretiens avec la médecin qui influencent son choix.

Donc, globalement pour cet objectif 2, les quatre personnes interrogées ont une parfaite connaissance des différents points que comprend le contrat de soins. Cependant, la notion de renouvellement reste floue au vu des témoignages que j'ai eu. Tous sont d'accord pour affirmer que ce contrat de soins n'est plus à jour mais ils sont en désaccord quant à la date des changements qu'il y a plus avoir jusqu'à ce jour. Pour les infirmières, ce renouvellement est un priorité tandis que pour le cadre de santé, le principal acteur de ce changement, ce n'en n'est pas une.

Pour les prises de décisions de rupture de contrat de soins, les quatre soignants interrogés sont d'accord sur la procédure qui est mise en place lors d'une décision de rupture de contrat thérapeutique. Ils expliquent que c'est au médecin que revient le dernier mot, sauf exception auquel cas le cadre a une discussion avec l'équipe afin que la médecin fasse son choix et chacun donne son avis.

Enfin, pour cet objectif, sans hésiter, les quatre soignants m'ont exprimé le fait que parfois ils ne sont pas d'accord avec la décision finale. Cela est du souvent à un traitement de faveur de certains patients (IDE n°2) ou des décisions de non-rupture de contrat dans des décisions où il devrait y en avoir une (IDE n°1) mais aussi des divergences d'avis (CDS) avec les autres professionnels.

OBJECTIF N°3 : CONNAITRE LES EXPÉRIENCES DU PROFESSIONNEL INTERROGÉ SUR LES RUPTURES DE CONTRAT DE SOINS

Pour cet objectif, j'ai commencé par une première question « **Depuis que vous travaillez dans ce service, avez-vous déjà participé à une rupture de contrat de soins ?** »

Les quatre professionnels interrogés ont tous été confronté à une rupture de contrat de soins. Il s'agissait d'ailleurs d'un critère d'inclusion de mon enquête. Les infirmières, au vu de leur ancienneté, ont participé à beaucoup d'entre elle.

L'IDE n°1, 2 et le cadre de santé m'expliquent que les décisions de rupture sont par phase. C'est-à-dire qu'il y a des périodes où il y a beaucoup de ruptures et d'autres où il y en a pas du tout.

Ensuite, je leur ai demandé **les motifs courants de rupture de contrat thérapeutique.**

Selon les personnes interrogées, il s'agit de la reconsommation d'alcool, la consommation de produits illicites, la consommation d'alcool lors d'une permission (ethylo test positif à l'entrée), l'introduction de médicaments. L'IDE n°3 ajoute également les vols, les viols et le non-respect du personnel qui peut entraîner des ruptures de contrats. Le cadre de santé ajoute les comportements violents.

Par la suite, nous avons discuté des **situations de ruptures de contrat de soins qui ont marqué les soignants.**

Pour le cadre de santé, il m'explique (sans rentrer dans les détails d'une situation en particulier) qu'il trouve dommage qu'il y ait rupture sur un patient où il perçoit que le travail n'est pas fini. Un patient pour lequel il aurait pu y avoir un suivi, mais qui au final par non-respect du règlement se retrouve à l'extérieur alors que les soignants auraient pu continuer leur prise en charge.

A la suite de cet exemple j'ai posé une question qui n'était dans la grille d'entretien mais qui me semblait intéressante à aborder : « Concernant la cohésion des patients, est ce que parfois ça peut poser des problèmes ces ruptures de contrat de soins ? » A cette question, le cadre m'a expliqué que cela pouvait engendrer du positif comme du négatif. En effet,

une rupture de contrat thérapeutique est un exemple pour les patients qui restent dans la structure. Donc, cela permet de refaire un point sur le règlement. Certains patients prennent partie pour le patient car il existe une grande cohésion au sein du groupe. Il précise que « **le fait que la décision de rupture soit prise en équipe est une force** ».

L'IDE n°1 m'a bien percevoir la différence entre une rupture de contrat décidée par l'équipe médicale en lien avec une transgression de règles et une rupture de contrat choisie par le patient. Elle me notifie également la différence entre rupture de contrat et rupture de soins, cas pour lequel le patient ne pourrait pas revenir dans la structure. La situation qui a marqué cette IDE concerne un patient SDF pour qui il y a eu rupture de contrat de soins le soir alors que le patient n'avait nulle part où dormir. Ce qui dérangeait l'infirmière dans cette situation ce n'est pas le fond car elle était d'accord avec la décision du médecin car la réalcoolisation entraîne une rupture de contrat mais elle n'était pas d'accord sur la manière dont cela s'est déroulée. Ce qui la touche vraiment ce sont les conditions dans laquelle la décision se prend. C'est surtout le « côté humain » comme elle me dit qui peut la déranger dans ces moments là. Elle est également en difficulté quand la décision est à l'inverse de ses valeurs.

L'IDE n°2 et 3 m'expliquent que parfois le patient ne comprend pas la rupture de contrat donc il peut se montrer agressif et ils essaient de retourner la situation contre les soignants. Elles tentent souvent d'éviter la confrontation avec des patients qui sont connus comme étant agressifs. Les deux IDE m'avouent avoir déjà fermé les yeux sur une situation pour justement éviter d'être confrontées à l'agressivité. Nous pouvons donc parler d'appréhension de l'agressivité. Avec le recul, l'IDE n°2 en aurait parlé en réunion de synthèse mais à ce moment, elle a préféré ne rien dire. L'infirmière en question n'a jamais participé à une formation concernant la gestion de l'agressivité. Le cadre de santé explique qu'il y en a des très peu et selon lui « le problème c'est le temps que ça prend, et ça fait du personnel en moins dans la structure ». Donc, peu de soignants ont pu bénéficier de cette formation au vu de ses propos.

L'IDE n°3 m'explique que participer à une formation sur ce sujet lui serait bénéfique car elle n'a jamais pu en profiter.

L'équipe est également en difficulté lors d'une suspicion de prise de substances illicites ou de médicaments car il est difficile de vérifier la prise. Alors l'IDE n° 2 me dit que parfois ils laissent passer une telle situation.

Quant à l'IDE n°3, elle me donne un exemple de situation pour m'expliquer ce qui la dérange. Le patient a avoué avoir consommé du cannabis lors de sa permission et cela a donné lieu à une rupture de contrat de soins. Ça la dérangeait dans le sens où le patient avait été honnête.

<p>OBJECTIF N°4 : CONNAITRE L'IMPACT DES VALEURS DANS LA PRISE DE DÉCISION DES RUPTURES DE CONTRAT DE SOINS</p>
--

A la question, « Quelles sont les valeurs professionnelles qui ont de l'importance pour vous, celles qui vous correspondent ? », les soignants m'ont cité leurs valeurs.

En règle générale, les valeurs énoncées se rejoignent entre les différents soignants interrogés.

Nous pouvons noter entre autres : le respect, la tolérance, l'empathie, la patience, le non-jugement, l'entraide, l'honnêteté.

Le cadre de santé quant à lui précise qu'il faut faire preuve de contrôle. Au vu de sa fonction, cela semble logique. Ce contrôle va de pair avec le respect des règles pour lequel il porte beaucoup d'attention. Par ses propos lors de l'entretien et lors de la réunion de synthèse de la situation n°1, nous pouvons supposer qu'il doit être intransigeant sur les règles et ne pas faire d'impasse sur un non-respect du contrat thérapeutique.

L'IDE n°1 m'a précisé que ce qui pouvait la mettre en difficulté c'est quand la situation est à l'inverse de ses valeurs. Elle met en avant une première valeur qui pour elle est primordiale, il s'agit du respect du patient. Elle marque également une attention particulière à l'égalité. Comme elle me l'explique, un patient SDF et un patient cadre de santé doivent être traités de la même façon car ils viennent tous les deux pour la même chose : un problème de dépendance. Elle parle également de l'acceptation. En effet,

certains patients ne sont pas prêts et en tant que soignant, on se doit de faire face à cette situation et ne pas percevoir cela comme un échec. Elle ajoute également le respect du règlement, le non-jugement, la patience, l'entraide.

L'IDE n°2 m'explique que les valeurs professionnelles peuvent jouer en faveur ou en défaveur d'une rupture de contrat de soins. En effet, si le discours est trop fermé ou s'il y a un jugement de valeurs de la part du soignant, le patient ne va pas se sentir écouté et c'est donc difficile au niveau de l'alliance thérapeutique.

<p style="text-align: center;">OBJECTIF N°5 : IDENTIFIER LA PLACE DE L'INTERDISCIPLINARITÉ DANS LE CADRE D'UNE RUPTURE DE CONTRAT DE SOINS</p>

Pour cet objectif, j'ai posé la question suivante : « **Quelle est la place des différents membres de l'équipe de soins en terme de participation à la décision de rupture de contrat de soins ?** »

Les professionnels interrogés se rejoignent tous pour dire que chaque soignant a sa place et son opinion à donner avec un temps de parole équitable.

Le cadre de santé précise que souvent la médecin prend sa décision en fonction des avis favorables ou défavorables d'une rupture de contrat. Il ajoute également que ces prises de décision ne se font pas uniquement lors de réunions de synthèse mais peuvent également se faire pendant les transmissions car c'est le moment où tous les professionnels peuvent être réunis. Il faut un minimum de recul sur la situation mais il ne faut pas non plus trop attendre.

Il y a en amont comme l'explique l'IDE n°1, une discussion avec le patient pour dire qu'il y a risque de rupture de contrat et qu'il sera revu par le médecin. C'est le médecin qui annoncera au patient ou non la rupture de contrat thérapeutique.

III - SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS

Le but de ces entretiens réalisés auprès des professionnels intervenant dans la prise de décision d'une rupture de contrat de soins était de comprendre pourquoi ces soignants peuvent être en difficulté face à cette décision. Pour cela, j'ai d'abord cherché à connaître les personnes que j'interrogeais. Puis je voulais savoir s'ils avaient un minimum de connaissance concernant le contrat thérapeutique du service. Par la suite, j'ai voulu discuter de leurs expériences concernant les ruptures de contrats de soins. Ensuite, j'ai souhaité connaître les valeurs professionnelles qui ont de l'importance pour eux pour voir si celles-ci pouvaient avoir un impact sur la prise de décision d'une rupture de contrat de soins. Enfin, j'ai tenté d'identifier la place de l'interdisciplinarité dans le cadre d'une rupture de contrat.

Tous les professionnels interrogés, qu'ils soient cadre de santé ou infirmiers, ont tous des expériences professionnelles bien distinctes. Tous m'ont prouvé par leurs réponses aux entretiens qu'ils étaient parfois en désaccord avec la prise de décision de la médecin concernant les ruptures de contrats thérapeutiques. Au vu de leurs réponses, ils éprouvent souvent des difficultés pour prendre une telle décision.

Comme le témoigne le cadre de santé, prendre une décision en équipe est une force. En effet, chaque soignant ayant son opinion va pouvoir agrémenter le dialogue et donner son point de vue à l'équipe. Dans notre cas, il s'agit d'une prise de décision en interdisciplinarité donc les compétences de chaque corps de métier peuvent se réunir pour ouvrir un espace de dialogue entre chaque membre que compose l'équipe.

Au vu des entretiens, nous pouvons énumérer quelques sources de difficultés et problèmes soulevés.

En effet, en ce qui concerne le **renouvellement de contrat de soins**, nous pouvons voir qu'il y a un besoin de renouvellement comme me le souligne l'IDE n°1. Les activités inscrites ne sont plus à jour. Elle explique qu'il n'a pas été changé depuis son arrivée dans le service, à savoir 9 ans auparavant. Cependant l'IDE n°3 dit que ce contrat est changé

régulièrement et qu'il est revu de temps en temps en réunion lorsque les soignants se trouvent en difficulté devant une situation.

Le cadre de santé, le chef de service et la médecin sont en train de le réécrire dans le cadre d'un renouvellement du projet de service. Le but est un renforcement du règlement pour poser un cadre thérapeutique plus ferme.

Par ces affirmations, nous pouvons voir que le contrat thérapeutique n'est plus à jour et que le renouvellement de ce dernier n'est pas une priorité pour le service. En regardant dans ce contrat, j'ai remarqué que la liste des médecins de service n'était pas à jour. Concernant les activités, le constat est identique. Des activités plus pratiquées à ce jour sont encore mentionnées alors que les nouvelles mises en place n'y figurent pas. Un autre point n'est plus à jour : ce qu'ils appellent les appareils électriques personnels (ordinateurs par exemple). Ils sont à ce jour autorisés dans la structure. Ce contrat de soins qui n'est plus à jour peut amener des difficultés. En effet, certains points n'étant pas mentionnés, les patients peuvent « jouer » sur cette absence pour déstabiliser le soignant.

Un deuxième élément complète celui là : celui de l'**agressivité**. L'agressivité est assez courante à l'annonce d'une rupture de contrat de soins comme me le témoignent l'IDE n°2 et 3. Le cadre de santé a également pu observer une montée de l'agressivité en générale. Les infirmières essayent souvent d'éviter la confrontation mais il y a des moments où elles ne peuvent pas passer outre. Elles expliquent même qu'elles ont déjà fermer les yeux sur des situations pour éviter l'agressivité des patients. En effet, elles connaissent le profil des patients qui sont déjà venus dans la structure. Ceux étant connus comme agressifs peuvent poser problème dans le sens où les soignants savent que ces patients peuvent faire preuve d'agressivité. Les infirmières peuvent éprouver une appréhension professionnelle à l'annonce d'une rupture de contrat de soins car les patients peuvent faire preuve d'agressivité.

Nous pouvons également mettre en avant la **difficulté émotionnelle des soignants à prendre une décision de rupture de contrat de soins**. En effet, l'IDE n°1 a brièvement évoqué le sujet. Lors de l'entretien, elle a stipulé : « J'ai des collègues qui ont tellement pris à coeur le fait que quelqu'un se soit realcoolisé pendant la cure qu'elles en parlaient

même chez elles, et que ça les travaillaient sur leurs repos. » Elle ajoute par la suite que prendre une décision de rupture de contrat ce n'est pas d'évident et que souvent ça les travaille. Elle explique que certaines collègues vivaient ça comme un sentiment d'échec et comme un non-accomplissement de la prise en soins.

L'équipe est également en difficulté lors d'une suspicion de prise de substances illicites ou de médicaments car il est difficile de vérifier la prise. Alors l'IDE n°2 me dit que parfois ils laissent passer une telle situation car elles ne peuvent vérifier la véracité des faits.

Lors de l'élaboration de la question de départ, j'avais tenté de trouver les causes du problème énoncé à l'aide d'une arête d'Ishikawa. Grâce aux quatre entretiens, j'ai pu valider ou annuler certaines hypothèses.

En ce qui concerne la main d'oeuvre, j'avais émis une hypothèse quant aux manques de connaissances des points que mentionnent le contrat de soins. Lors des entretiens toutes les personnes interrogées m'ont prouvé qu'elles connaissaient parfaitement ce qu'il contenait. Donc cette hypothèse est erronée. De plus, j'avais également supposé une divergence des valeurs des professionnels. Cela a pu être confirmé dans les entretiens par les propos d'une infirmière. J'avais émis une hypothèse sur l'absence de médecin lors d'une prise de décision de rupture de contrat. Par les propos lors des entretiens, j'ai appris que les situations de réalcoolisation arrivent souvent le week-end, moment où la médecin du service n'est pas disponible. Donc les infirmiers doivent porter eux même cette charge et faire face à l'agressivité des patients. Cela peut les mettre en difficulté.

J'avais également pensé que le contrat de soins n'était plus adapté. Par les entretiens et par l'analyse, je peux donc conclure que ce contrat thérapeutique n'est plus à jour comme vu précédemment.

IV - ÉLABORATION D'UNE QUESTION DE RECHERCHE

Après l'analyse de ces entretiens, je me suis rendue compte que les prises de décisions au sein d'une équipe soignante pluridisciplinaire n'était pas une chose évidente. En effet, prendre une décision en équipe, c'est faire travailler un ensemble de personnes

pour trouver une solution optimale : rupture de contrat, continuité des soins, suivi en externe ? etc... En effet, chaque individu a une opinion qui est propre à lui même et qu'il doit exposer à l'équipe.

Prendre une décision en équipe est une force mais peut également être un obstacle : quand chacun reste sur sa position par exemple.

Cependant, la décision finale est prise par une seule personne en prenant en compte les avis de chacun, ou non.

Selon moi, ce qui ressort principalement lors de ces entretiens c'est l'agressivité à l'annonce des potentielles ruptures de contrat pouvant mettre en difficulté les soignants. En effet, les situations de potentielles ruptures de contrat arrivent souvent le week-end, moment où il y a deux infirmières dans le service, voire même une seule. Selon les soignants interrogés, l'agressivité étant de plus en plus présente dans ce type de service, ces situations sont récurrentes. Ainsi, j'ai décidé de finir mon travail de fin d'études vers une question de recherche basée sur les formations professionnelles concernant la gestion de l'agressivité.

Ma question d'où part tout le TFE est : Pourquoi les soignants peuvent-ils être en difficulté pour faire respecter le contrat de soins dans un service d'addictologie prenant en soins des personnes alcool-dépendantes ?

Après l'analyse de ces entretiens, ma démarche de recherche a pu évoluer et ainsi, je peux formuler une question de recherche :

En quoi la mise en place de formations professionnelles sur la gestion de l'agressivité pour tous les soignants permettrait-elle une meilleure gestion de l'appréhension et donc impacterait la décision de rupture de contrat thérapeutique ?

Cette question de recherche pourrait faire l'objet d'une recherche plus poussée sur la thématique de ce sujet.

Dans cette question de recherche, nous pouvons émettre les variables dépendantes et indépendantes. La variable indépendante serait ici la mise en place de formations professionnelles sur la gestion de l'agressivité pour tous les soignants. Ainsi l'effet produit serait une meilleure gestion de l'appréhension et un impact sur la prise de décision de rupture de contrat thérapeutique. (variable dépendante)

CONCLUSION

D'un point de vue professionnel, ce travail de fin d'études m'a permis de prendre conscience que le travail en équipe est essentiel pour une prise en soins globale du patient. Cette notion de pluridisciplinarité prend tout son sens dans le cadre de ma thématique de recherche. Tous les soignants de cette équipe jouent un rôle dans la prise de décision d'une rupture de contrat thérapeutique lorsqu'il y a non-respect de ce dernier. Mais il se peut qu'ils se retrouvent en difficulté pour diverses raisons rencontrées tout au long de ce travail de fin d'études. En effet, lors d'un stage j'ai été interpellé par les choix des professionnels et donc des inégalités qu'il pouvait y avoir entre les patients.

Dans ce travail, j'ai tenté de découvrir pourquoi les soignants sont en difficulté quant à la prise d'une telle décision. Je me suis ainsi aidée des expériences des professionnels du service pour agrémenter mon travail et ainsi tenter de répondre à mes hypothèses.

A la suite de ces entretiens, j'ai décidé de me pencher sur une des causes qui a été annoncée lors des entretiens : l'agressivité des patients à l'annonce de la potentielle rupture de contrat. Ainsi, cela a permis de poser ma question de recherche qui pourrait donner lieu à une suite de cette enquête.

Réaliser ce travail de fin d'études m'a permis de développer mes compétences en lien avec la recherche et m'a également apporté de nouvelles connaissances. De plus, la rencontre avec les professionnels sur le terrain était très enrichissante d'un point de vue professionnel, ce qui m'a permis de me projeter en tant que future professionnelle de santé. Ce travail de recherche m'a aussi permis de remettre en question ma pratique professionnelle dans cette typologie de service.

Enfin, ce travail a vraiment été professionnalisant pour moi car l'addictologie est mon projet professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- FORMARIER, M., JOVIC, L. *Les concepts en sciences infirmières*. Association de recherche en soins infirmiers. 2009. p.147-150, p.180-182, p.244-249
- HESBEEN, W., *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris. inter édition. 1997. 208p.

Articles de périodiques :

- GUISSÉAU-GOHIÉ M., BRONNÉC M., LAMBERT L. et al., Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale. *L'information psychiatrique*. Mai 2007, N°83, p.389-395
- ALBERNHE T., BOURGEOIS D., Le cadre thérapeutique. *Santé Mentale*. Novembre 2012, N°172
- MOINS P, Alcool et nouvelles cliniques ? De l'apsychognosie de Fouquet au binge drinking comme conduite à risque. *La revue Lacanienne*. Février 2010, N°7, p.53-64

Sites internet :

- OMS : Organisation mondiale de la santé. *Prise en charge de l'abus de substances psychoaffectives : syndrome de dépendance* [En ligne].
Disponible sur : <https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/>
(Consulté le 01/12/2018)
OMS : *Comité d'experts de la santé mentale, sous-comité de l'alcoolisme* [En ligne].
Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41731/WHO_TRS_48_fre.pdf?sequence=1>(Consulté le 29/03/2019)
OMS : *Recorded alcohol per capita consumption, from 2010 Updated May 2018* [En ligne].
Disponible sur <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en>> (Consulté le 27/04/2019)
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Alcool* [En ligne].
Disponible sur <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/index.asp>>
(Consulté le 14/03/2019)
Evolution de l'alcoolisation en France et en Europe. [En ligne].
Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/3_-_BECK.pdf?fbclid=IwAR32Vys-Fn61ORBZcPUi-wGN-hgbip-W9DPrNSMnicyWUPoJko1PYZQpbck> (Consulté le 22/12/2018)

- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Addictions : du plaisir à la dépendance* [En ligne].
Disponible sur : <<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>> (Consulté le 22/02/2018)
- LEGIFRANCE : *Code civil - Article 1101* [En ligne].
Disponible sur <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006436086>> (Consulté le 03/01/2019)
- FONDATION RECHERCHE ALCOOLOGIE : *Facteurs épidémiologiques d'entrée et de sortie de l'alcool-dépendance*. [En ligne].
Disponible sur : <<http://www.fondationrecherchealcoologie.org/wp-content/uploads/2015/07/Epidemiologie-Claire-Labrousse-et-Philip-Gorwood.pdf>> (Consulté le 22/02/2019)
- SANTÉ PUBLIQUE FRANCE : *Alcool et santé : améliorer les connaissances et réduire les risques* [En ligne].
Disponible sur : <<https://santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Alcool-et-santé-améliorer-les-connaissances-et-réduire-les-risques>>(Consulté le 30/03/2019)
- DROGUES.GOUV.FR : *Campagne « Alcool : Nouveaux repères de consommation à moindre risque »*. [En ligne].
Disponible sur : <<https://www.drogues.gouv.fr/campagnes/campagne-alcool-reperes-de-consommation-moindre-risque>> (Consulté le 13/04/2019)
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ : *Politique de santé publique en matière de consommation d'alcool* [En ligne].
Disponible sur : <<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/politique-de-sante-publique-en-matiere-de-consommation-d-alcool>> (Consulté le 04/01/2019)
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : *Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente* [En ligne].
Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf> (Consulté le 02/04/2019)
- DROGUES INFO SERVICE : *L'aide à l'arrêt* [En ligne].
Disponible sur : <<http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/L-aide-a-l-arret/La-preparation-a-la-decision#.XMHp6bbpN-U>> (Consulté le 12/11/2019)
- ALCOOL INFO SERVICE : *L'alcool c'est quoi ?* [En ligne].
Disponible sur : <<http://www.alcool-info-service.fr/alcool/boissons-alcoolisees/verre-alcool#.XMRKsrpN-U>> (Consulté le 14 octobre)

- LAROUSSE : *Contrat, concept*

Disponible sur <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contrat/18693>> (Consulté le 09/11/2019)

Disponible sur <<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/concept/17875>> (Consulté le 03/03/2019)

Cours universitaires :

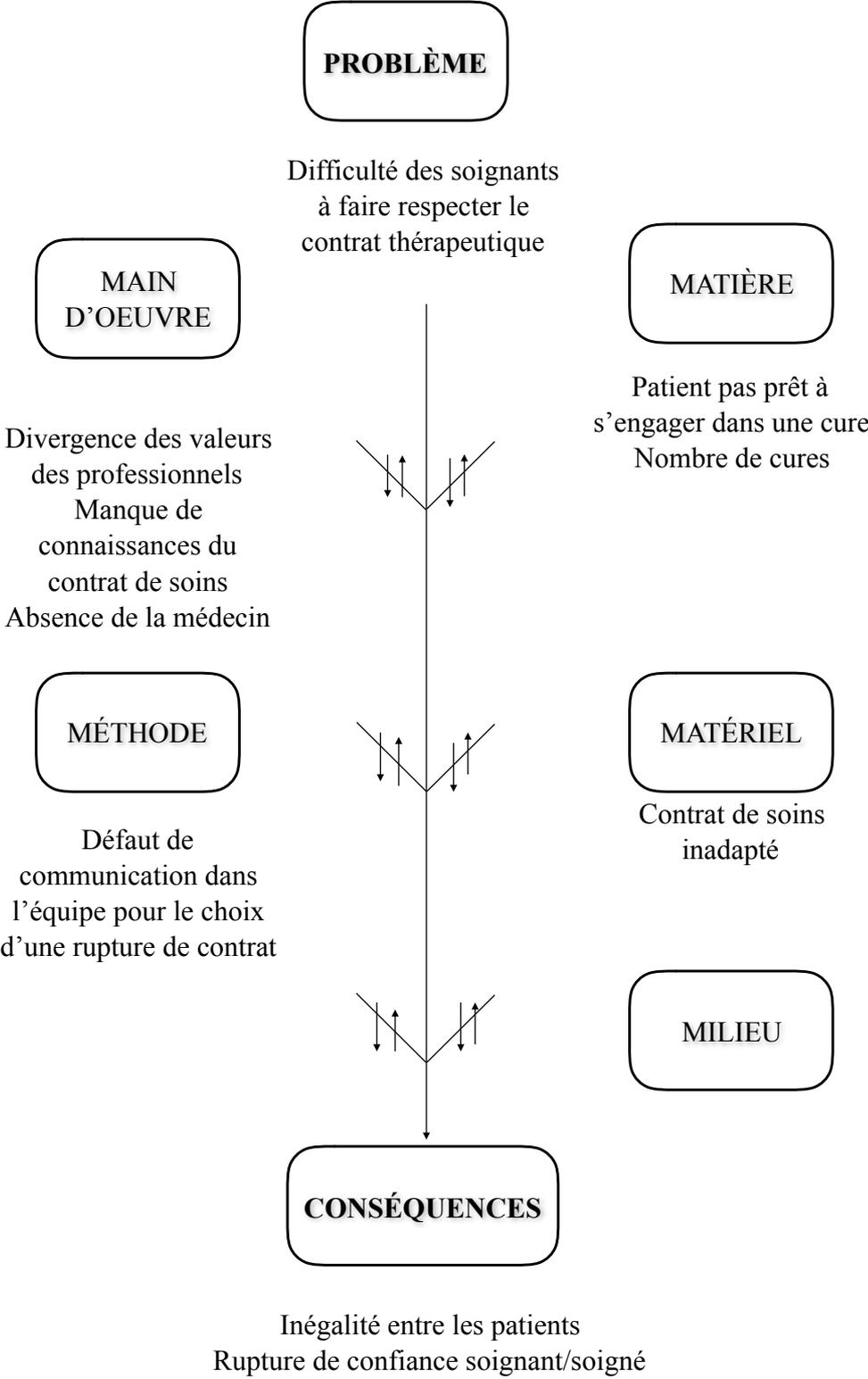
- Cours magistral en Institut de Formation en Soins Infirmiers sur L'alcoolisme par Dr DIERS lors du semestre 2 dans le cadre de l'unité d'enseignement 2.6 : « Processus psychopathologiques »
- Cours magistral en Institut de Formation en Soins Infirmiers sur le Cannabis par Dr DIERS lors du semestre 2 dans le cadre de l'unité d'enseignement 2.6 : « Processus psychopathologiques »
- E-learning sur les conduites addictives par Dr COTTENCIN lors du semestre 2 dans le cadre de l'unité d'enseignement 2.6 : « Processus psychopathologiques »

Ressources du service d'alcoologie :

- Exemple de contrat de soins
- Exemple de règlement intérieur
- Exemple de sortie contre avis médicale

ANNEXES

Annexe 1 : Diagramme d'Ishikawa



?

EN SAVOIR PLUS SUR LE VERRE STANDARD

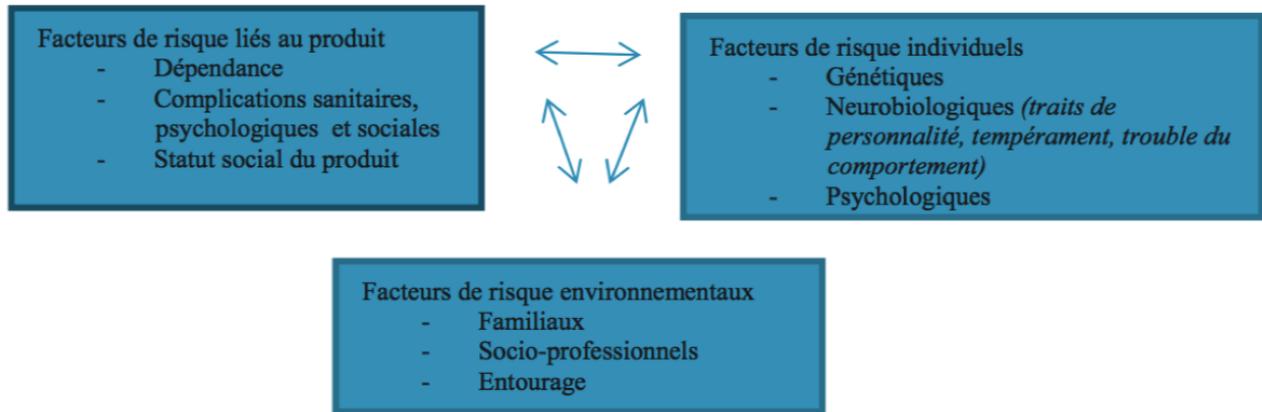
1 verre d'alcool = 10g d'alcool pur

	=		=		=		=		=	
Ballon de vin 12° (10cl)		Verre de pastis 45° (2,5cl)		Verre de whisky 40° (2,5cl)		Coupe de champagne 12° (10cl)		Verre d'apéritif 18° (7cl)		Demi de bière 5° (25cl)

Annexe 3 : La classification de l'alcoolisme selon Pierre FOUQUET (1952)

Classification	Description
Alcoolite	<p>Forte tolérance au produit Absence de complications psychiques graves Effets toxiques de la consommation Consommation régulière dans le cadre social et par l'effet d'entraînement : « on boit pour boire avec les autres » Essentiellement masculin Pas de culpabilité</p>
Alcoolose	<p>Dépendance psychique et physique Conséquences +++ sur la santé Consommations solitaires et cachées Fort sentiment de culpabilité</p>
Somalcoolose	<p>Personnes psychologiquement fragiles et peu tolérantes Consommation d'alcool très forte ayant pour but de sombrer dans l'inconscience Ingestion de manière compulsive Consommation de n'importe quel produit alcoolisé Entraine un dégoût de soi</p>

Annexe 4 : Interaction entre le produit, l'individu et son environnement d'après DANO et al (2014)



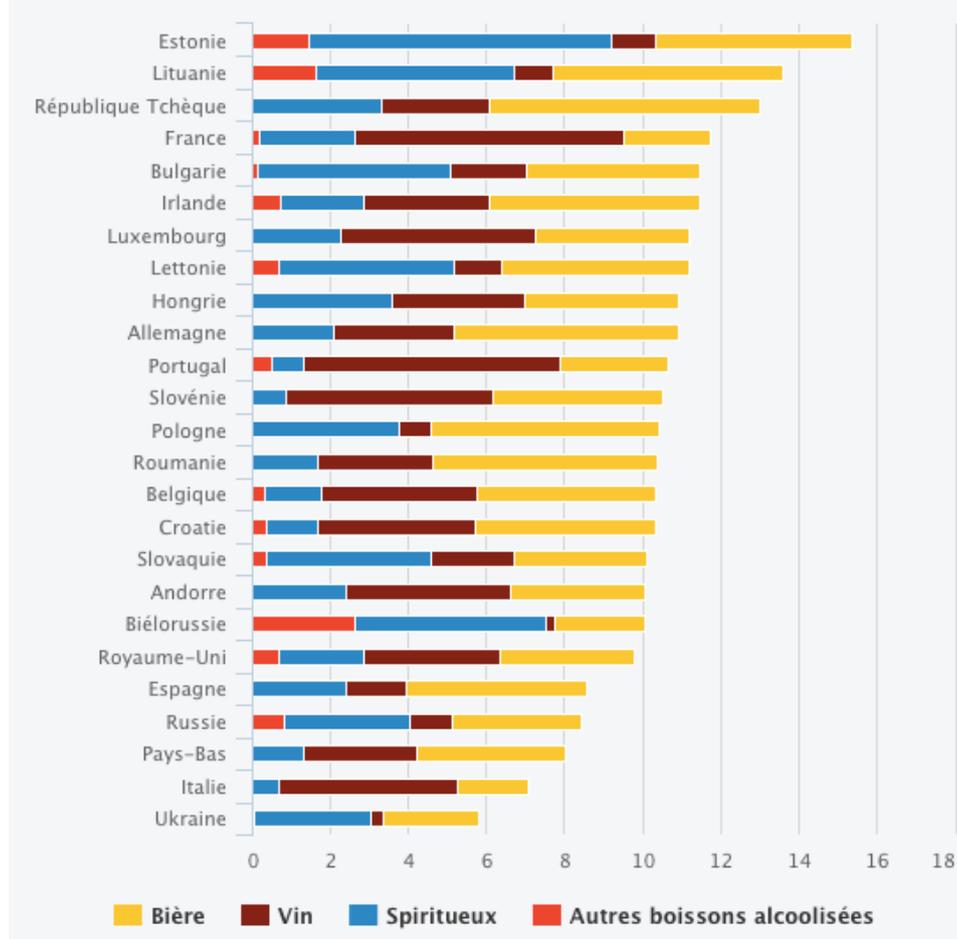
Annexe 5 : Modèle de Prochaska et DiClemente, 1982



Annexe 6 : Consommation d'alcool par habitant en Europe

En 2016, chaque habitant en France a consommé en moyenne 11,7 litres d'alcool pur

Répartition par pays européen de la consommation moyenne d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans en 2016. Les données pour la Belgique, la Hongrie, les Pays-Bas et la Roumanie concernent l'année 2015.



« Afin de présenter ces éléments d'analyse, l'OMS a rassemblé des données statistiques provenant des gouvernements de chaque pays, des données des industries nationales de l'alcool et les statistiques internes de l'Organisation des Nations unies pour l'agriculture (FAO). Afin d'évaluer la consommation moyenne d'alcool pur par habitant, l'OMS s'est appuyée sur des équivalences. Ainsi, la bière équivaut-elle à 5 % d'alcool, le vin, à 12 %, et les spiritueux à 40 %. »

Annexe 7 :

Grille d'entretien

Actuellement en 3ème année d'études en soins infirmiers, je dois réaliser un travail de fin d'études. J'ai choisi de le réaliser sur les ruptures de contrat de soins en alcoologie.

Ainsi, je me permets de vous solliciter pour vous poser quelques questions afin de répondre à mes interrogations.

Cet entretien durera une vingtaine de minutes et aidera ainsi l'avancée de mon travail.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré pour me permettre une exploitation optimale des données.

Tous les éléments recueillis au cours de cet entretien resteront strictement anonymes.

OBJECTIFS	QUESTIONS POSÉES	RÉPONSES / RELANCES / REFORMULA TION
Connaitre la population interrogée	<ul style="list-style-type: none">• Quel âge avez-vous ?• Depuis quand êtes-vous infirmière? (ou autres professions en fonction du professionnel interrogé)• Quel est votre parcours professionnel ?• Depuis quand travaillez-vous dans ce service d'alcoologie ?	

OBJECTIFS	QUESTIONS POSÉES	RÉPONSES / RELANCES / REFORMULATION
Visualiser les connaissances de la population interrogée en ce qui concerne le contrat de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous connaissance des différents points que mentionnent le contrat de soins ? • Y avez-vous accès ? • Comment est gérée une rupture de contrat de soins dans une équipe ? • Participez vous à l'élaboration de ce contrat de soins ? • Comment s'organise la prise de décision d'une rupture de contrat de soins ? • Etes-vous toujours en adéquation avec la prise de décision ? 	<p>-> Lesquels ?</p> <p>=> Oui/non</p> <p>Si oui, le consultez-vous ?</p> <p>Si non, où sont-ils ?</p> <p>=> Difficulté, facilité ?</p> <p>=> Comment se déroule t-elle ?</p>
Connaitre les expériences du professionnel interrogé sur les ruptures de contrat de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis que vous travaillez dans ce service, avez-vous déjà participé à une rupture de contrat de soins ? • Toute l'équipe était-elle d'accord sur les prises de décisions concernant les ruptures de contrat de soins? • Une situation de rupture de contrat de soins qui vous a marqué ? 	<p>—> Si oui, pour quels motifs ?</p>
Connaitre l'impact des valeurs dans la prise de décision des ruptures de contrats de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les valeurs professionnelles qui ont de l'importance pour vous ? Celles qui vous correspondent ? 	
Identifier la place de l'interdisciplinarité dans le cadre d'une rupture de contrat de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la place des différents membres de l'équipe de soins en terme de participation à la décision de rupture de contrat de soins ? 	

Annexe 8 : Retranscription entretien n°1

Personne interrogée : le cadre de santé

Durée : 17'45

Objectif n°1 : Connaitre la population interrogée

1 - Quel âge avez-vous ?

« J'ai 38 ans, 39 même (rire) »

2 - Depuis quand êtes-vous cadre de santé ?

« J'ai eu mon diplôme il y a 3 ans. »

3 - Quel est votre parcours professionnel ?

« J'ai eu mon diplôme d'infirmier en 2002, j'ai travaillé dans trois hôpitaux différents : au centre hospitalier de Valenciennes, d'Evreux et puis ici depuis 2007. En tant qu'infirmier j'ai quasiment travaillé dans tous les services sauf la psychiatrie. J'étais sur le pool de remplacement de l'hôpital de Somain pendant cinq ans donc j'ai travaillé dans tous les services sauf la psychiatrie. Le dernier service était au MS40 en SSR avant de passer l'école des cadres. Mon premier poste de cadre était au CH de Douai de nuit pendant 6 mois et ensuite je suis arrivé ici. »

4 - Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?

« Ça fait 2 ans et demi que je suis ici. »

Objectif n°2 : Visualiser les connaissances de la population interrogée en ce qui concerne le contrat de soins

1 - Avez-vous connaissance des différents points que mentionnent le contrat de soins ?

« Oui, dans les grandes lignes oui. Sur la durée du séjour, (euuuuuuh), le règlement intérieur, tout ce qui est possible de faire et tout ce qui n'est pas permis. Dans les grandes lignes c'est ça »

2 - Participez-vous à l'élaboration de ce contrat de soins ?

« Oui, nous sommes même en train de le réécrire. On est en plein projet de service donc du coup on va réécrire le contrat de soins. C'est donc le chef de service, la médecin et moi-même qui l'élaborons. Mais avant, il y a eu un gros travail d'intégration d'informations, on a créé des groupes de travail au niveau de l'équipe et chaque groupe a amené des informations sur ce que l'on pouvait mettre sur ce contrat. Le problème, c'est que l'on sait pas quand ce projet va se faire parce que en ce moment on est sur beaucoup de choses donc c'est pas la priorité. »

Moi : « De ce fait, qu'est ce qui va être modifié dans ce nouveau contrat thérapeutique ? »

« On va beaucoup axer sur l'aspect réglementaire au niveau de ce qu'on peut faire, ce qu'on peut pas faire parce qu'on s'est rendu compte que le profil des patients avait beaucoup changé. Ils sont de plus en plus difficile à gérer parce que ce sont des profils polytoxicomanes et aussi parce qu'il y a une montée de l'agressivité depuis un certains temps donc du coup je pense qu'il faut vraiment axer sur la base : garder un cadre. Et de ce fait un cadre plus ferme.

Moi : « Avez-vous des formations concernant cette agressivité ? »

« Oui, mais très peu, le problème c'est le temps que ça prend, et ça fait du personnel en moins dans la structure »

3 - Comment est gérée une rupture de contrat de soins dans l'équipe ?

« C'est décidé en équipe avec le médecin, moi-même et l'équipe soignante. Après le dernier mot revient au médecin »

Moi : « Donc c'est toujours le médecin qui prend la décision ? »

« Oui, *in fine* c'est toujours le médecin qui prend la décision, légalement c'est comme ça que ça se fait de toute façon. Mais elle nous écoute beaucoup avant de prendre cette décision. On peut influencer l'avis du médecin parfois. Des fois, il est possible que ce soit moi qui prenne la décision mais c'est très rare. C'est seulement quand la médecin n'est pas là et que le médecin de garde ne sait pas trancher sur la décision.»

4 - Etes-vous toujours en adéquation avec la prise de décision ?

« Non, ça arrive que je ne sois pas forcément d'accord »

Moi : « Pourquoi cela ? »

« Je pense que chacun en addictologie, que ce soit les médecins, les cadres, les infirmières, toute l'équipe ont une ligne qui est un petit peu particulière. Alors bien sûr on s'inscrit dans une ligne collective de nos décisions mais même s'il y a une décision in fine qui est prise, il y a eu au moment de la discussion des petites divergences d'avis parfois. Donc oui ça arrive de pas avoir le même avis que la décision qui a été prise.

Objectif n°3 : Connaitre les expériences du professionnel interrogé sur les ruptures de contrat de soins

1 - Depuis que vous travaillez dans ce service, avez-vous déjà participé à une rupture de contrat de soins ?

« Oui, mais moins qu'on le pense. Il y a des périodes où il peut y en avoir trois dans la semaine et d'autres où il n'y a pas de ruptures de contrat de soins pendant une très longue période. »

2 - Quels sont les motifs courants de rupture de contrat de soins dans ce service ?

« La reconsommation d'alcool ou de produits illicites, cannabis notamment »

Moi : « Donc pendant la cure ? »

« Oui pendant la cure. Euuuh, Après il peut y avoir une rupture de contrat si le comportement devient excessif, violent ou autres. Ce sont les deux grands motifs principaux où l'équipe rompt le contrat. »

Moi : « Et en ce qui concerne les retours de permission ? »

« Ça peut arriver s'il y a eu reconsommation pendant une permission mais c'est rare. Par exemple, nous avons le cas d'un patient qui est rentré aujourd'hui. Il était en médecine et il s'agissait d'un transfert direct de la médecine au service d'alcoologie mais le patient est sorti au magasin en ville pour aller consommer et est arrivé dans le service avec un taux d'alcoolémie positif. »

Moi : « Et qu'est ce qu'il s'est passé pour le patient ? »

« Il s'agissait d'un médecin de garde parce que le médecin du service, docteur D, n'était pas là donc il l'a pris en visite comme tous les patients et il va rester dans la structure jusqu'à la fin normalement. C'est le docteur D, quand elle reviendra qui prendra la décision mais nous avons eu une longue décision pendant la réunion de synthèse avant que vous n'arriviez. »

3 - Une situation de rupture de contrat de soins qui vous a marqué ?

(blanc)

Moi : « Une situation difficile à gérer avec l'équipe.... »

« On parle d'une situation de rupture de contrat de soins prise à l'encontre du patient c'est-à-dire c'est pas le patient qui choisi d'arrêter sa cure ? »

Moi : « Non, on parle d'un patient qui n'a pas respecté le contrat et donc il y a prise de décision de rupture de contrat par l'équipe. »

« Ce qui peut être parfois compliqué, ça dépend justement de sa ligne de conduite, c'est quand on a un patient pour lequel on sent qu'on a pas fini le travail entre guillemets. C'est-à-dire que si on fait une rupture de contrat, peut-être il va partir dans le nature alors qu'on aurait peut-être pu continuer à le suivre et puis continuer le travail avec lui en fait. Donc, voilà, il ya des patients pour lesquels on sent qu'on a pas fini le travail. Et là, c'est plus dommage en fait.

4 - Concernant la cohésion des patients, est ce que parfois ça peut poser des problèmes ces ruptures de contrat de soins ?

« Je pense que ça influe sur la prise en charge parce que justement ça fait un exemple. Effectivement, ils ont signé un contrat mais parfois ils ont tendance à l'oublier. Là, il y a une remise en avant du contrat et les impératifs donc oui ça peut modifier la prise en charge dans le bon comme dans le mauvais sens. C'est-à-dire qu'ils peuvent ne pas comprendre la décision qui a été prise à l'encontre d'un autre patient et du coup ça fait un peu monter les esprits, et il peut y avoir une deuxième rupture de contrat qui serait suite à la première ça peut arriver. Ils peuvent prendre partie pour le patient, parce que parfois il y a quand même des grosses cohésions de groupe. Après, nous on met vraiment en avant les

modalités du contrat qu'ils ont signé et en général on arrive à leur faire comprendre qu'il y a des raisons et que cette décision a été réfléchi. Le fait que la décision soit prise en équipe c'est une force. »

Moi : « Donc, il y a des rappels des règles du contrat au cours des cures ? »

« J'anime la réunion soignant-soigné tous les vendredis matin où effectivement je peux être amené à faire des rappels sur le contrat quand on m'a fait part de petits soucis dans l'équipe, dans le groupe pardon. Donc oui, je fais des rappels par rapport à ça. »

Moi : « C'est tout le temps vous qui faites les rappels ? »

« Moi je le fais à ce moment là mais les infirmiers le font aussi, le médecin. Tout le monde est amené à pouvoir faire un rappel si besoin. »

Objectif n°4 : Connaitre l'impact des valeurs dans la prise de décision des ruptures de contrats de soins

1 - Quelles sont les valeurs professionnelles qui ont de l'importance pour vous ? Celles qui vous correspondent ?

« Alors.... les valeurs professionnelles....Ce qui est important dans une équipe je pense c'est faire confiance et en même temps il y a toujours un contrôle enfin je parle en tant que cadre. Il y un contrôle de ce qui se fait dans l'équipe mais à priori il y a une confiance qui s'installe, ça c'est important. Euh, l'honnêteté parce qu'on arrive jamais en dissimulant les choses à aller loin dans une cohésion. Pour moi les choses importantes pour les personnes qui doivent être moteur dans un service c'est le cadre et le médecin. Ce sont vraiment les locomotives de l'équipe. Donc on se rend compte que quand il en manque un, ça devient compliqué. Après je porte beaucoup d'attention au respect des règles, je peux paraître intransigeant sur certains points mais en tant que cadre parfois je n'ai pas le choix. »

Objectif n°5 : Identifier la place de l'interdisciplinarité dans le cadre d'une rupture de contrat de soins

1 - Quelle est la place des différents membres de l'équipe de soins en terme de participation à la décision de rupture de contrat de soins ?

« Chacun donne son avis, c'est plutôt ouvert. En majorité, le médecin prend sa décision en fonction de s'il y a plus en faveur d'une rupture de contrat. Elle prend sa décision en conséquence. Il suit, tout le monde a vraiment la parole de manière équitable. Honnêtement, il n'y a pas de hiérarchie à ce niveau là. De l'aide soignant jusqu'au médecin. En plus, on a la chance d'avoir une équipe qui est très compétente, très expérimentée donc en général les arguments sont là et on peut vraiment s'écouter. La prise de décision est vraiment faite avec tout le monde. »

Moi : « Ces prises de décisions sont toujours prises au cours des réunions de synthèse ? »

« Non, pas forcément en réunion de synthèse, parfois on peut faire une réunion à chaud parce qu'il arrive un événement particulier. Donc en général ça peut se faire pendant les transmissions, on essaye d'avoir le maximum de personnes possible à ce moment là. Ça prend pas des heures non plus. Ça prend peut être 10-15 minutes donc on a la capacité de se réunir le plus vite possible. Plus on fait trainer les choses, moins le patient va le comprendre mais il faut assez de recul en même temps pour avoir tous les éléments. Il y a des situations qui peuvent être un petit peu plus compliqué que d'autres donc il faut attendre d'avoir tous les éléments pour pouvoir statuer.

Annexe 9 : Retranscription entretien n°2

Personne interrogée : Infirmière

Durée : 21'26

Objectif n°1 : Connaitre la population interrogée

1 - Quel âge avez-vous ?

« J'ai 42 ans. »

2 - Depuis quand êtes-vous infirmière ?

« Depuis 2005. »

3 - Quel est votre parcours professionnel ?

« J'ai eu mon diplôme d'infirmier en 2005, j'ai travaillé en psychiatrie d'abord. J'ai commencé dans l'Aisne dans un EPSM, ensuite l'EPSM d'Armentières. J'ai tout le temps fait de la psychiatrie. C'était un projet depuis toujours. J'étais aide-soignante en psychiatrie avant d'aller en IFSI.

4 - Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?

« Ça fait 9 ans que je suis ici. »

Objectif n°2 : Visualiser les connaissances de la population interrogée en ce qui concerne le contrat de soins

1 - Avez-vous connaissance des différents points que mentionnent le contrat de soins ?

« Oui, sur le contrat de soins il t'explique ce qui se passe dans le service, il t'explique le règlement du service, par rapport aux permissions, à partir de quand le patient peut être en permission, par rapport aux horaires de soins, par rapport aux horaires de visite et puis c'est tout. Après il te parle des médecins du service. Faudrait qu'il le remette à jour d'ailleurs. »

2 - Avez-vous accès au contrat de soins ?

« Alors le contrat de soins c'est le patient qui l'a avec lui, il le signe et c'est lui qui conserve l'exemplaire. Le patient le signe quand il va en visite de pré-admission chez le médecin du service. Ils discutent ensemble des modalités, il lui donne le contrat, il lit le contrat devant le patient, parce que parfois il y en a qui peuvent signer mais ils savent pas lire, et comme ça s'il y a des points que le patient ne comprend pas, il peut revoir avec le médecin donc quand il signe il est vraiment informé de ce qui l'attend. Que ce soit sur la durée, les horaires, les règlements, il est au courant, il le sait. A partir du moment où il le signe, il adhère. Donc après le contrat il l'a pour lui. C'est lui qui le garde. Parfois tu as Docteur F qui fait des photocopies et il nous la donne et on glisse ça dans le dossier papier»

3 - Participez-vous à l'élaboration de ce contrat de soins ?

« Il a déjà été fait avant que j'arrive dans le service. Ça fait 9 ans que je suis là et il a pas changé. Faudrait le changer parce que même par rapport aux activités c'est plus du tout les même. Là, on est en train de tout remanier. Et puis même par rapport aux noms des médecins. »

4 - Comment est gérée une rupture de contrat de soins dans l'équipe ?

« C'est une décision qui est commune avec Dr D. Quelque soit la situation, on en reparle tous ensemble, souvent pendant les transmissions, en expliquant la situation, ce qui s'est passé, quand et ce que chacun en pense. Après, c'est le médecin qui prend la décision mais elle écoute d'abord nos avis. Après, si elle est pas d'accord avec nous et qu'elle prend une décision autre, elle nous explique pourquoi. »

5 - Etes-vous toujours en adéquation avec la prise de décision ?

« Non, parce que je trouve qu'il y a certains patients qui auraient du avoir des ruptures comme là en ce moment avec un patient en transfert direct de médecine mais qui a consommé de l'alcool avant son entrée dans le service donc il était positif donc normalement ça devrait être rupture de contrat. Mais ce n'est pas notre médecin qui a fait cette entrée mais Docteur D va revenir et elle prendra la décision. »

Objectif n°3 : Connaître les expériences du professionnel interrogé sur les ruptures de contrat de soins

1 - Depuis que vous travaillez dans ce service, avez-vous déjà participé à une rupture de contrat de soins ?

« Oui, mais ça n'arrive pas souvent. Il n'y a pas de chiffres exactes. Des fois en une semaine tu en as deux puis après tu n'en as plus pendant six mois. Ca dépend des motivations du patient. Par exemple la dernière fois, il y a eu trois ruptures de contrat d'un coup car ils s'étaient réalcoolisés à trois.

2 - Quels sont les motifs courant de rupture de contrat de soins dans ce service ?

« Ça dépend de qui vient la rupture. Si c'est consommation d'alcool ou introduction de substances interdites, c'est le médecin qui va signifier la rupture de contrat au patient. Parfois, ce sont les patients qui veulent sortir. C'est aussi une rupture de contrat sauf que là, c'est le patient qui décide de sa rupture. Par exemple, je me rappelle d'un patient en pleine rupture avec sa compagne et elle sacrifiait tous les animaux un à un pendant qu'il était ici. Donc il a fait une rupture de contrat pour sauver ses tortues, ses oiseaux, ses serpents... pour les placer en sécurité. Il était le premier à reconnaître que ce n'était pas le bon moment pour faire une rupture de contrat mais c'était un cas de force majeure pour lui. Après, en ce moment on a aussi un patient qui hésite à rester dans la structure parce qu'il n'y a pas d'activité piscine. Comme il est pas dans sa démarche, on s'attend à ce qu'il demande une rupture de contrat ou peut-être qu'il va réagir entre deux donc ça dépend. Tu peux avoir tout et n'importe quoi en termes de rupture de contrat. Certains préméditent leur rupture de contrat parce qu'ils avaient dit à leur famille qu'ils restaient qu'une semaine. Parfois c'est aussi pour des raisons familiales avec des décès. Et ça on comprend parfaitement. Après faut bien faire la différence entre rupture de contrat et rupture de soins. Effectivement là il y a eu rupture de contrat mais on l'a revu 2-3 mois après. »

3 - Une situation de rupture de contrat de soins qui vous a marqué ?

« Euuuh, un patient qui était SDF qui s'est réalcoolisé lors d'une visite d'un de ses amis, SDF aussi, le médecin a pris la décision à 8h du soir de faire une rupture de contrat là maintenant, tout de suite. Sachant qu'il n'y avait plus de bus et que le patient est SDF. Par rapport à la décision de rupture de contrat j'étais d'accord parce qu'il y avait introduction d'alcool mais j'étais pas d'accord sur la façon dont ça avait été fait. Je m'étais dit « on est pas à une nuit près », le matin on savait qu'il y avait des bus. Au final, c'est un collègue d'un autre service qui a raccompagné le patient dans un foyer. Ce qui m'a dérangé ce sont vraiment les conditions dans laquelle ça avait été fait. D'accord sur le fond, pas d'accord sur la forme. C'était vraiment le côté humain. »

4 - Qu'est ce qui vous mets en difficulté souvent lors d'une décision de rupture de contrat de soins ?

« Quand je ne suis pas d'accord avec la décision du médecin. Comme je disais avec l'exemple du patient SDF, là c'est compliqué. Moi, c'est vraiment plus le côté humain qui peut être compliqué quand tu sais que le patient est tout seul, qu'il n'a pas de domicile ou des choses comme ça. Mais après si tu sais pourquoi tu le fais, ça va. En fait, ce qui me mets en difficulté c'est quand c'est à l'inverse de mes valeurs. Le côté humain c'est ma priorité. »

Objectif n°4 : Connaître l'impact des valeurs dans la prise de décision des ruptures de contrats de soins

1 - Justement en parlant de valeurs professionnelles, quelles sont celles qui ont de l'importance pour vous ? Celles qui vous correspondent ?

« Déjà la base c'est le respect du patient. C'est le premier truc. Je m'en fiche de savoir la profession du patient. Tu peux avoir quelqu'un qui est cadre supérieur ou un autre SDF, ils doivent être accueillis de la même façon, traités de la même façon. Ils sont tous là pour un problème de dépendance, donc on est là pour les aider. On part d'eux, on fait pas à leur place ok mais pour moi la base c'est qu'ils doivent tous être traités à égalité. Il y en a pas un supérieur à l'autre. Pour moi, c'est la base. Dans le respect t'as l'écoute tout ça qui va

avec. C'est vraiment prendre la personne dans sa globalité et partir d'elle, pas faire les choses à sa place. Si le patient n'est pas prêt, il faut aussi être prêt à l'accepter. Peut être qu'on le reverra. Que ce soit en psy ou ici, faut pas penser à la réussite comme en chirurgie ou en médecine avec un patient qui vient pour une fracture et il sera guéri. Là, c'est vraiment une maladie chronique. J'ai eu plusieurs collègues qui l'ont même pris à coeur parce qu'elles se disaient que ce patient allait s'en sortir. On est pas devin, on est jamais sûrs à 100 %. Aussi bien d'un côté que de l'autre. J'ai des collègues qui ont tellement pris à coeur le fait que quelqu'un se soit réalcoolisé pendant la cure qu'elles en parlaient même chez elles, et que ça les travaillaient sur leurs repos. Faut pas croire, prendre une décision comme celle d'une rupture de contrat c'est pas une chose facile, ça nous tiens vraiment, c'est dur de faire la part des choses. Elles vivaient ça comme un sentiment d'échec, les collègues. Un peu comme un sentiment de non accomplissement de la prise en charge..... Euh, un peu comme si on n'avait pas répondu à ce qui est attendu de nous. Revoir les mêmes patients ça fait partie de la spécificité du service et s'ils viennent c'est que au moins ils ont le courage de revenir se soigner et c'est pas un échec. Enfin moi en tout cas je le prends comme ça. On a souvent des patients qui reviennent 3-4-5 fois parfois plus. Ils reviennent même après une rupture de contrat parce que c'est pas une rupture de soins. Même si t'as un patient qui s'est réalcoolisé ici, on va le spécifier, lui expliquer pourquoi, bien-sûr on va pas le reprendre 3 jours après mais s'il est d'accord pour refaire une démarche, on le reprend. Après, il y en a qui sont pas du tout dans la démarche donc là on en a discuté en synthèse, on pense que pour lui, c'est mieux qu'il ne revienne plus chez nous parce qu'il connaît trop le service. On a l'impression qu'il est dans un club avec des copains et la base de pourquoi il est ici, il n'en parle plus du tout. Dans les projets, il parle juste d'un déménagement mais rien du côté de l'alcool alors que c'est sa sixième démarche ici. Tu en as qui viennent plusieurs fois mais tu vois au niveau de leurs projections, il y a des choses un peu plus concrètes. Lui, c'est pire. Il régresse à chaque cure. Donc là il va finir sa démarche mais le médecin va lui expliquer que maintenant ça sera du suivi en externe mais que ce soit vraiment à but de suivi. Si ça ne fonctionne pas, il devra aller dans un autre service d'alcoologie comme à Saint-Amand. D'un côté comme de de l'autre, ce n'est plus thérapeutique pour nous, on connaît trop le patient donc du coup on voit moins les choses que quelqu'un qu'on ne connaît pas. On prête moins attention. Après ce qui est

important aussi c'est le respect du règlement, le non jugement et le côté humain +++ avec le respect de personne en tant que telle selon moi. Il faut aussi de la patiente et de l'entraide entre collègues pour ne pas sombrer et s'épauler »

Pause de 34 minutes pour un empêchement de l'infirmière.

Objectif n°5 : Identifier la place de l'interdisciplinarité dans le cadre d'une rupture de contrat de soins

1 - Quelle est la place des différents membres de l'équipe de soins en terme de participation à la décision de rupture de contrat de soins ?

« Quand t'as une rupture de contrat, déjà quand le patient il se réalcoolise par exemple, on lui explique que comme il s'est réalcoolisé, qu'il va être revu. Après ça dépend quand parce que souvent c'est le soir quand ils rentrent de permission. Souvent, on dit qu'ils vont être revus le lendemain et qu'il y a un risque de rupture de contrat. On dit bien d'abord qu'il y a un risque, parce que parfois on s'avancait un peu et le médecin donnait la décision de oui ou non. Donc on dit juste qu'il y a un risque et effectivement après quand le patient est revu, c'est le médecin qui annonce la rupture de contrat au patient. Dans ce cas, c'est le médecin qui explique au patient comment ça va se passer comme ça quand le patient sort du bureau, il est au courant. On en parle en réunion tous ensemble et la médecin fait son choix. Par contre c'est différent si c'est le patient qui annonce une rupture de contrat parce qu'il veut partir, le médecin va faire un entretien pour discuter des motivations, voir si c'est pas un coup de tête et qu'il reviendra après. Dans ces cas là, t'appelle le médecin de garde parce que souvent c'est le soir ou le week-end, tu lui expliques la situation. Le médecin de garde va revoir le patient, va voir où il en est par rapport à son traitement parce que si ça fait moins d'une semaine qu'il est là ou plus de 15 jours c'est pas la même chose. Donc si ça fait moins d'une semaine, le patient doit appeler quelqu'un pour qu'il vienne le chercher parce qu'il est encore en période de sevrage. S'il refuse, c'est nous qui devons appeler mais on peut pas dire pourquoi le patient quitte la cure. Tu expliques juste qu'il faut venir chercher le patient. Secret médical oblige. Donc pour conclure, la décision est vraiment médicale. Que ce soit le

patient qui veut partir, c'est le médecin qui va remplir les papiers et quand c'est l'équipe qui décide d'une rupture de contrat, c'est aussi le médecin. On a un papier quand c'est une demande de rupture de contrat à la demande du patient. Quand c'est une personne qui s'est realcoolisée c'est juste écrit dans ses feuilles vertes du dossier patient. Sinon si c'est à la demande du patient, tu fais en trois exemplaires. Un dossier, un patient et un médecin traitant. Si tu en veux une, sers toi. Le médecin explique tout ce qu'il peut se passer s'il s'en va maintenant. Surtout si c'est un patient en sevrage, il lui explique les risques majeurs de crise convulsive. Il explique bien et il doit bien noter comme ça il se dégage de sa responsabilité en se disant « J'ai tout expliqué au patient et il prend sa propre responsabilité s'il lui arrive quoi que ce soit » Il peut pas dire qu'il n'était pas au courant. C'est pour ça que tu as toujours un exemplaire qui est mis dans le dossier de soins. Imagine que tu fasses pas ce papier, sauf s'il y a une fugue, ton patient sors et fais une crise convulsive au volant et qu'il tue quelqu'un ou qu'il se blesse, il peut pas attaquer l'hôpital. »

Coupée par la neuropsychologue.

Annexe 10 : Retranscription entretien n°3

Personne interrogée : Infirmière

Durée : 15'13

Objectif n°1 : Connaitre la population interrogée

1 - Quel âge avez-vous ?

« Alors moi j'ai 31 ans. »

2 - Depuis quand êtes-vous infirmière ?

« Ça va faire 10 ans le 1er décembre. »

3 - Quel est votre parcours professionnel ?

« Ici, depuis 10 ans. J'ai jamais été ailleurs. Je suis sortie du diplôme et j'ai postulé ici. »

4 - Donc du coup, ça fait 10 ans que vous travaillez ici ?

« Ça fait 9 ans que je suis ici, 10 à la fin de l'année. »

Objectif n°2 : Visualiser les connaissances de la population interrogée en ce qui concerne le contrat de soins

1 - Avez-vous connaissance des différents points que mentionnent le contrat de soins ?

« Oui à peu près »

Moi : « Vous pouvez me les énoncer ou pas ? »

« Alors, les heures de lever, de coucher, l'utilisation des produits qui ne sont pas autorisés dans le service type médicaments, parfums, produits contenant de l'alcool, les toxiques aussi, l'explication de la participation aux activités *grosso modo*. »

2 - Avez-vous accès au contrat de soins ?

« Oui, il est disposé en salle de soins, en fait on a un petit meuble et dedans on peut avoir accès à ce contrat. Et le règlement est affiché dans le service. Et le contrat est disponible dans le dossier du patient. En général, le patient a l'original et nous le double dans le dossier. On fait une photocopie après la visite pré-admission avec le docteur. Si ce sont des transferts depuis la médecine, parfois ça peut être rempli à l'entrée avec le patient mais en général c'est plus en visite de pré-admission. »

3 - Participez-vous à l'élaboration de ce contrat de soins ?

« Non, généralement non sauf s'il y a décision du patient de le modifier, de le raccourcir etc. Raccourcir la durée d'hospitalisation. »

4 - Comment est gérée une rupture de contrat de soins dans l'équipe ?

« Par exemple, en cas de réalcoolisation, admettons que nous ayons une suspicion, on fait généralement souffler l'ensemble du groupe mais pas toujours. Si on trouve un éthylomètre positif, on essaye de voir avec le patient et de comprendre ce qu'il s'est passé. Parfois, certains patients ne sont pas opérationnels et ne verbalisent pas sur ce qui s'est passé. Ils font parfois mine de ne pas comprendre, du coup on met un peu de distance et on dit qu'ils verront le lendemain avec le médecin. On souligne qu'il y a une possible rupture de contrat. On a d'abord une partie avec les transmissions par rapport à l'événement de la veille, et après on prend collectivement la décision et parfois on va même avec elle pour stipuler la rupture de contrat. »

4 - Etes-vous toujours en adéquation avec la prise de décision ?

« Non, pas toujours. »

Moi : « Qu'est ce qui fait que parfois vous pouvez ne pas être d'accord ? »

« Ce qui est compliqué ce que chaque non respect du contrat c'est vrai est particulier car ce sont des personnes différentes, dans un état différent avec une histoire différente mais parfois pour le même genre d'événements, il n'y a pas forcément la même décision qui est prise. Certains qui vont pourvoir réintégrer le service et d'autres qui vont être mis dehors.

Moi : « Pourquoi cette différence de traitements des patients ? »

« C'est le docteur qui prend la décision finale donc sur ça on ne peut trop rien dire. Ce sont certainement les entretiens avec le patient et elle-même qui doit influencer sa décision. »

5- Qui ce qui peut vous mettre en difficulté dans la prise de décision d'une rupture de contrat de soins ?

« Parfois, le patient peut ne pas comprendre, il peut être agressif, il verbalise qu'on peut être des menteurs ou des menteuses par exemple quand on les surprend en train de fumer du cannabis ou des choses comme ça. Ils peuvent dire que c'est du grand n'importe quoi et ils essaient parfois de retourner la situation contre nous. Donc parfois, ça peut me mettre en difficulté parce que je sais que ce patient peut être agressif physiquement donc je vais éviter la confrontation avec lui. Cette agressivité est de plus en plus présente dans le service.

Souvent le patient ne reconnaît pas du tout ce qui s'est passé et il nous met en porte à faux en disant que l'on a pas bien vu. »

Moi : « Ça vous est déjà arrivé de fermer les yeux sur une situation pour éviter la confrontation ? »

« Oui oui, quand j'étais enceinte de 7 mois, j'avais peur qu'il arrive quelque chose à mon bébé. J'ai vu un patient qui fumait du cannabis sur la terrasse et j'ai fermé les yeux car je savais qu'il avait déjà été violent lors d'une précédente cure. Si c'était à refaire, j'en aurais parlé en réunion de synthèse comme ça la violence ne serait pas retombé sur moi. Je culpabilise beaucoup par rapport à ça aujourd'hui. »

Moi : « Vous avez des formations concernant la gestion de l'agressivité ? »

« Je n'ai jamais eu l'occasion de participer à l'une de ces formations mais je sais que depuis que je suis dans le service, il y en a déjà eu mais je n'y ai jamais participé. »

Objectif n°3 : Connaitre les expériences du professionnel interrogé sur les ruptures de contrat de soins

1 - Depuis que vous travaillez dans ce service, vous avez participé à beaucoup de rupture de contrat de soins ?

« Je serai incapable de donner un chiffre mais ça dépend des périodes. Il y a des périodes creuses où il n'y a pas de ruptures de contrat et d'autres où il y en a à la pelle. Mais oui, en presque 10 ans, j'ai participé à énormément de ruptures. »

2 - Quels sont les motifs courant de rupture de contrat de soins dans ce service ?

« Souvent une réalcoolisation, ou des retours de permission avec un éthylo positif. En ce qui concerne les substances illicites, c'est difficile de vérifier la prise donc c'est ça qui est embêtant. Parfois, on voit cliniquement que le patient est à côté de ses pompes mais la difficulté est telle pour vérifier que souvent on laisse passer. Pour l'alcool, on a les éthylo mais pour les médicaments ou les substances illicites c'est une autre affaire. Après dans l'alliance thérapeutique on essaye de voir avec le patient s'il a pris quelque chose ou pas mais ça reste difficile. »

3 - Une situation de rupture de contrat de soins qui vous a marqué, touché ?

« (blanc) Euh, dernièrement c'était celle avec, enfin je n'étais pas là mais bon, une suspicion de viol sur une patiente dans l'enceinte de l'établissement. Je n'étais pas là donc je n'ai pas toutes les informations. C'était particulier parce que relevait vraiment de la justice là donc la rupture de contrat de soins semblait très logique pour tout le monde. Je sais juste que la patiente a été embarqué par la police. »

Objectif n°4 : Connaitre l'impact des valeurs dans la prise de décision des ruptures de contrats de soins

1 - Quelles sont les valeurs professionnelles qui ont de l'importance pour vous ? Celles qui vous correspondent ?

« Les valeurs professionnelles... Alors là une bonne question. Déjà, la tolérance. Il en faut beaucoup vu ce que l'on entend et vu ce que l'on peut voir, il en faut énormément. Une certaine capacité d'adaptation parce que vu des fois les personnes que l'on a, le public est

totallement différent. Ça peut aller d'une personne qui est dans un milieu très populaire à une personne qui avait à une époque un standing et qui a un peu dégringolé mais qui reste toujours sur ce standing de personne qui avait des responsabilités. La patience aussi, pas mal de patience aussi et aussi un peu d'humour pour dire de garder un minimum la pêche parce que sinon si on a pas la pêche, ils ne l'auront pas non plus. Si on se laisse trop abattre, on coule avec eux. Après ça c'est mon point de vue personnel. Faut aussi être compétent, savoir réagir face à telle ou telle situation.

Et pour rebondir sur ton sujet des contrats de soins, des fois, ces valeurs professionnelles peuvent jouer en faveur ou en défaveur d'une rupture de contrat de soins. »

Moi : « C'est-à-dire ? »

« Selon la façon dont le problème est abordé et le discours qui peut être utilisé à ce moment là donc je pense que ça peut avoir un impact aussi bien sur l'alliance thérapeutique par la suite pour le patient. On lui dit bien que c'est une rupture de contrat et pas une rupture de soins donc on est encore prêt à l'accueillir en rendez-vous, en suivi. Voilà, il n'y a pas de soucis, ça n'était peut être pas le bon moment. Après, voilà si on a un discours trop fermé ou avec des jugements de valeurs, le patient ne va pas se sentir écouté et il va jamais nous revenir nous voir. »

Objectif n°5 : Identifier la place de l'interdisciplinarité dans le cadre d'une rupture de contrat de soins

1 - Quelle est la place des différents membres de l'équipe de soins en terme de participation à la décision de rupture de contrat de soins ?

« Chaque personne a son mot à dire, je pense que oui, on a un espace de parole qui est cohérent. Mais le dernier mot reste le mot du médecin mais elle nous écoute quand même. C'est pas facile de faire pencher la balance mais parfois ça peut arriver même si le dernier mot revient au médecin. Après, elle entend ce que l'on a à dire mais c'est elle qui tranche. »

Annexe 11 : Retranscription entretien n°4

Personne interrogée : Infirmière

Durée : 16'35

Objectif n°1 : Connaitre la population interrogée

1 - Quel âge avez-vous ?

« 36 ans. »

2 - Depuis quand êtes-vous infirmière ?

« Ça fait 15 ans.»

3 - Quel est votre parcours professionnel ?

« J'ai fait tous les autres services de l'hôpital sauf la psychiatrie. MS 40, MS 18, gérontopsychiatrie, consultation externe et après je suis arrivée dans ce service. »

4 - Depuis quand travaillez-vous dans ce service ?

« Ça fait 10 ans que je suis ici. »

Objectif n°2 : Visualiser les connaissances de la population interrogée en ce qui concerne le contrat de soins

1 - Avez-vous connaissance des différents points que mentionnent le contrat de soins ?

« Oui, donc il y a les horaires de permissions, de visite, le mode d'entrée, ce qu'ils ont le droit d'avoir dans le service ou pas, l'obligation de participer aux activités, les règles du service, les risques s'il y a réalcoolisation dans le service, globalement c'est ça. Les heures du lever et du coucher aussi. »

2 - Avez-vous accès au contrat de soins ?

« Oui, le patient l'a avec lui et on en a un exemplaire dans le dossier du patient. »

3 - Participez-vous à l'élaboration du contrat de soins ?

« On le voit de temps en temps en réunion et on propose nos idées, tout ce qui n'est plus d'actualité, tout ce qu'il faut supprimer. Par exemple avant, ils n'avaient pas le droit aux portables. Ils devaient être éteints pendant les activités, pendant les repas, pas le droit aux ordinateurs portables mais maintenant ils peuvent sans soucis. »

Moi : « Il est réactualisé tous les combien de temps ? »

« Dès qu'on se retourne en difficulté et qu'on voit qu'on doit le réactualiser. Par exemple, anciennement dans le contrat de soins, il était stipulé que le patient devait venir avec un maillot de bain, sauf que maintenant il n'y a pas l'activité piscine depuis des années donc on l'a retiré du règlement accolé au contrat de soins. »

4 - Comment est gérée une rupture de contrat de soins dans l'équipe ?

« Donc déjà on doit prendre le patient sur le fait soit avec un éthylo positif ou alors en retour de permission un comportement qui fait penser à une réalcoolisation ou une prise de substances dans le service. C'est signalé au médecin. Après c'est décidé en équipe pour voir s'il y a rupture de contrat ou pas. C'est décidé en équipe avec l'avis de chacun par rapport au comportement, aux faits et la décision finale du médecin. »

5 - Etes-vous toujours en adéquation avec la prise de décision ?

« Non, pas toujours. »

Moi : « Qu'est ce qui fait que parfois vous pouvez ne pas être d'accord ? »

« Parfois les faits qui sont rapportés, je vais te donner une situation concrète. On a eu un patient qui était en sevrage cannabis et alcool. Ça s'est très bien passé et en permission, il avait fumé un ou deux joints, je me rappelle plus. Et il nous l'a dit mais ça a quand même donné lieu à une rupture de contrat. Il a verbalisé que ça avait été dur le week end et qu'il avait reconsommé. S'il n'avait rien dit, personne n'aurait jamais rien su et il serait resté. C'est dans ce genre de situation que je ne suis pas d'accord avec la décision, quand il y a un patient qui a consommé dans le week end et qu'il revient avec un éthylo à

0, s'il l'avait pas dit, ça serait passé inaperçu. Et là en étant franc, il y a eu rupture de contrat. L'honnêteté était là et on aurait pu garder une alliance thérapeutique et retravailler sur ce qu'il n'y avait pas été et comment on aurait pu gérer autrement. Voilà, c'est ça qui est dommage, du coup ça peut casser un peu cette alliance. C'était lors d'une fin de cure que ça s'est passé en plus, c'est encore plus dommage. »

Moi : « Du coup, ça vous arrive d'avoir de la culpabilité dans ce genre de situation ? »

« On peut pas parler de culpabilité parce qu'on est là pour poser un cadre et respecter les limites qu'on se fixe. Et les patients viennent en sachant les risques. Ce sont ses choix, ils partent en connaissance de cause. C'est écrit noir sur blanc sur le règlement. S'ils n'ont pas respecté, c'est expliqué, on leur réexplique à l'entrée. Ils peuvent poser des questions sur le règlement quand ils le souhaitent. Et ça c'est une faille sur laquelle ils vont essayer d'appuyer. Par exemple, il y avait un patient sous injonction de soins et il essayait de nous faire culpabiliser en disant « Je vais aller en prison, ça sera de votre faute, vous aurez ça sur la conscience. » Ils essayent de te faire culpabiliser de leurs actions. Après c'est l'expérience qui fait qu'on arrive à prendre du recul. Au début c'est difficile. »

Objectif n°3 : Connaître les expériences du professionnel interrogé sur les ruptures de contrat de soins

1 - Depuis que vous travaillez dans ce service, vous avez participé à beaucoup de rupture de contrat de soins ?

« Oui oui, énormément en 10 ans. »

2 - Quels sont les motifs courant de rupture de contrat de soins dans ce service ?

« Une réalcoolisation dans le service, en permission, une consommation de substances illicites, des faits graves comme les viols, les vols, un non respect du personnel. Les vols entre patients sont très fréquents. Les vols ne sont pas stipulés dans le règlement mais ça part du bon sens. C'est la loi. C'est donc au dessus du règlement même. Après tout ce qui est médicament. Les patients ne peuvent pas introduire de médicaments dans la structure même si ce sont des antalgiques. »

3 - Une situation de rupture de contrat de soins qui vous a marqué, touché ?

« Celle que je t'ai citée avant avec le patient qui a reconsumé du cannabis parce qu'il avait prouvé de bonne foi et c'était très dur pour lui et malgré tout il s'était tenu dans le service donc je trouvais pas ça normal. Il aurait dû avoir sa chance et de retravailler ça avec lui. Bon, ça s'est passé comme ça. Après d'autres situations où il y a une montée d'agressivité du patient. Donc forcément l'agressivité quand ça arrive un week end, c'est toi qui doit stipuler la rupture de contrat de soins parce que t'as eu l'aval du médecin de garde qui vient pas forcément tout de suite. Du coup, c'est toi qui te prend l'agressivité et la colère du patient. »

Moi : « J'ai pu comprendre que l'agressivité était de plus en plus présente dans le service, qu'avez-vous à me dire sur le sujet ? »

« C'est vrai que le profil des patients tend vers une agressivité plus importante mais on arrive souvent à la gérer en équipe. Des fois on est seuls donc on a pas le choix que d'y faire face. Je me souviens qu'au début de ma carrière ici, c'était pas facile parce que j'étais toute jeune et que je n'avais jamais été confronté à ça avant. La première fois que j'ai dû y faire face j'étais désemparée et je n'ai pas su comment réagir. J'ai déjà laissé passer des situations où j'ai fermé les yeux. »

« Vous pouvez m'en dire plus ? »

« C'était il y a pas si longtemps que ça, un patient que je connaissais déjà parce qu'il s'agissait de sa cinquième cure dans le service. Souvent, ses cures terminaient par une rupture de contrat pour non respect. Réalcoolisation... Consommation de cannabis aussi dans le service. Et au vu de son passif, je savais qu'il était agressif. Là c'était un retour de permission, je l'ai fait souffler comme tous les patients qui reviennent de permission et j'ai eu un éthylo positif. J'ai fait semblant de rien voir parce que j'étais seule et qu'il était 20 heures. J'ai pas su comment réagir. »

Moi : « Par rapport à cette agressivité, vous avez des formations spécifiques ? »

« Je sais que c'est possible d'en faire mais c'est plutôt rare qu'ils nous la proposent. J'ai jamais participé personnellement. »

Moi : « Pensez-vous que si vous participiez à l'une d'entre elles, cela vous aiderait à gérer cette agressivité ? »

« Certainement, parce que en cours j'ai jamais eu de formation sur ça et même sur le terrain, donc c'est vraiment qu'en on y est confronté que l'on se forme. »

Objectif n°4 : Connaître l'impact des valeurs dans la prise de décision des ruptures de contrats de soins

1 - Quelles sont les valeurs professionnelles qui ont de l'importance pour vous ? Celles qui vous correspondent ?

« L'empathie +++, l'honnêteté, l'écoute, être disponible, la patience aussi il en faut beaucoup, savoir s'adapter et se mettre à niveau du patient. On a pas forcément les mêmes cultures, les mêmes niveaux intellectuels donc il faut aussi s'avoir s'adapter en fonction de l'environnement du patient dans lequel il vient. Parfois, il va falloir être moins direct, prendre plus de temps donc l'adaptation c'est hyper important. L'expérience fait qu'on va s'adapter différemment. Normalement, le patient doit respecter le règlement et ton devoir c'est de faire respecter ce règlement sauf que quand t'as un patient qui arrive qui revient de permission et pour qui tu suspectes une réalcoolisation, tu le fais souffler et il veut pas. Malgré tout tu peux pas lâcher parce que tu dois obéir à tes devoirs. tu vas prendre ton temps, tu vas aller le revoir 2, 3, 7, 10 fois s'il le faut. L'agressivité elle monte forcément mais il faut à tout prix que tu fasses l'éthylo. S'il n'est pas fait, c'est considéré comme positif avec du coup la violence qui va monter. Des fois, toi tu te dois de faire respecter ce règlement mais ça peut aller au front avec le patient et avoir des situations d'agressivité. Mais, en même temps, on a pas trop le choix. »

Objectif n°5 : Identifier la place de l'interdisciplinarité dans le cadre d'une rupture de contrat de soins

1 - Quelle est la place des différents membres de l'équipe de soins en terme de participation à la décision de rupture de contrat de soins ?

« C'est décidé en interdisciplinarité. Chacun a un temps de parole, que ce soit la neuropsychologie, le psy, l'AS, les infirmières. Il n'y a pas de personne mise à l'écart. Chaque personne qui intervient dans la prise en charge des patients ont leur mot à dire dans le cas d'un non respect du contrat. Et c'est la médecin qui tranche s'il y a rupture ou non. »

Annexe 12 : Grille de dépouillement

Objectif n°1 : Connaitre la population interrogée

	ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3	ENTRETIEN 4
Profession	Cadre de santé	Infirmière	Infirmière	Infirmière
Âge	39 ans	42 ans	31 ans	36 ans
Ancienneté du diplôme	3 ans	2005	9 ans	15 ans
Parcours professionnel	- Diplôme IDE en 2002 : 3 CH différents : quasiment tous les service sauf la psychiatrie - Ecole de cadre : 6 mois en CDS de nuit en remplacement Puis ce service	- Aide-soignante en psychiatrie - IDE en Psychiatrie dans l'Aisne puis EPSM	Dans la structure depuis son diplôme	Tous les services de l'hôpital sauf la psychiatrie
Ancienneté dans la structure	2 ans et demi	9 ans	9 ans	10 ans

Objectif n°2 : Visualiser les connaissances de la population interrogée en ce qui concerne le contrat de soins

	CADRE DE SANTÉ	IDE 1	IDE 2	IDE 3
Ce que comprend le contrat de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Durée du séjour - Règlement intérieur - Ce qui est interdit 	<ul style="list-style-type: none"> - Le règlement du service - Permissions - Horaires de visite - Médecin du service 	<ul style="list-style-type: none"> - Heures lever/ coucher - Produits interdits dans le service - L'explication de la participation obligatoire aux activités 	<ul style="list-style-type: none"> - Horaires de permission, de visite - Ce qu'ils ont le droit d'avoir dans le service - L'obligation de participer aux activités, - Les règles du service - Les risques s'il y a réalcoolisation dans le service
Connait où se trouve le contrat	X	X	X	X
Participe à l'élaboration du contrat de soins	X			X
Comment est géré une rupture de contrat ?	Décidé en équipe avec la médecin Décision finale prise par la médecin Parfois CDS	Décision commune avec le docteur Décision finale par la médecin	<ul style="list-style-type: none"> - Discussion avec le patient : explication possibilité rupture de contrat - Transmissions - Décision finale du médecin 	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre le patient sur le fait - Signalement au médecin - Décision en équipe - Avis de chacun - Décision finale du médecin
Pas d'accord avec la décision finale	X	X	X	X

Objectif n°3 : Connaitre les expériences du professionnel interrogé sur les ruptures de contrat de soins

	CADRE DE SANTÉ	IDE 1	IDE 2	IDE 3
Déjà participé à une rupture de contrat de soins	X	X	X	X
Motifs courants de rupture de contrat	<ul style="list-style-type: none"> - Reconsommation d'alcool - Consommation de produits illicites (cannabis notamment) 	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation d'alcool - Introduction de substances illicites 	<ul style="list-style-type: none"> - Réalcoolisation - Retour de permission avec éthylo positif 	<ul style="list-style-type: none"> - Réalcoolisation dans le service - Consommation de substances illicites - Faits graves : viols, vols, non respect du personnel
Situation qui a marqué	Quand on sent que le travail n'est pas terminé	Patient SDF qui s'est réalcoolisé => Rupture de contrat un soir => Patient à la rue. IDE pas d'accord avec la façon dont ça s'est déroulé	Suspicion de viol entre deux patients de la structure	Patient qui a fait preuve d'honnêteté en disant qu'il avait consommé du cannabis pendant la permission => Rupture de contrat
Agressivité rencontrée			X	X
Participation à une formation sur l'agressivité	« Très peu, le problème c'est le temps que ça prend, et ça fait du personnel en moins dans la structure »			« Je sais que c'est possible d'en faire mais c'est plutôt rare qu'ils nous la proposent. J'ai jamais participé personnellement »

Objectif n°4 : Connaître l'impact des valeurs dans la prise de décision des ruptures de contrats de soins

	CADRE DE SANTÉ	IDE 1	IDE 2	IDE 3
Valeurs du soignant	<ul style="list-style-type: none"> - Confiance - Contrôle - L'honnêteté - Respect des règles 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect du patient (écoute, prise en soins globale) - Respect du règlement - Non jugement - Patience - Entraide 	<ul style="list-style-type: none"> - La tolérance - Capacité d'adaptation - Patience - Humour - La compétence 	<ul style="list-style-type: none"> - L'empathie - L'écoute - La disponibilité - La patience - Capacité d'adaptation - Honnêteté

Objectif n°5 : Identifier la place de l'interdisciplinarité dans le cadre d'une rupture de contrat de soins

	CADRE DE SANTÉ	IDE 1	IDE 2	IDE 3
Place des différents membres de l'équipe de soins pour la prise de décision de rupture de contrat	<ul style="list-style-type: none"> - Chacun donne son avis - Médecin prend la décision en fonction de l'avis des soignants en général - Parole de manière équitable 	<ul style="list-style-type: none"> - Discussion avec toute l'équipe de la situation - Médecin qui annonce la rupture au patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Chaque personne à son mot à dire - Dernier mot revient au médecin 	<ul style="list-style-type: none"> - Décidé en interdisciplinarité - Chacun à un temps de parole accordé - Médecin qui tranche pour la décision finale

MÉMOIRE

Contrat thérapeutique en alcoologie : vers une rupture ou une continuité des soins ?

Auteur : BILLEAUX Laurine

Année : 2019

Nombres de pages : 49

RÉSUMÉ	ABSTRACT
<p><u>Titre</u> : Contrat thérapeutique en alcoologie : vers une rupture ou une continuité des soins ?</p> <p><u>Objectif</u> : L'objectif de cette recherche est de comprendre pourquoi les soignants peuvent-être en difficulté pour faire respecter le contrat de soins dans un service d'addictologie prenant en soins des personnes alcoolo-dépendantes.</p> <p><u>Méthode</u> : 4 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec un cadre de santé et trois infirmières dans un service d'alcoologie où j'ai effectué mon stage.</p> <p><u>Résultats</u> : De nombreuses causes font que les soignants se retrouvent en difficulté pour faire respecter ce contrat thérapeutique. Malgré une décision pluridisciplinaire, des écarts sont observés. L'agressivité étant de plus en plus présente dans ces services, une meilleure gestion de cette dernière permettrait une prise en soins optimale.</p> <p><u>Conclusion</u> : Les soignants se retrouvent en en difficulté avec des patients de plus en plus agressifs. Ainsi, la gestion de l'agressivité par des formations professionnelles dans un tel service pourrait faire l'objet d'une nouvelle recherche.</p> <p><u>Mots clés</u> : Alcoologie, dépendance, contrat thérapeutique, travail en équipe, agressivité</p>	<p><u>Title</u> : Therapeutic contract in alcoholology: towards a rupture or a continuity of care ?</p> <p><u>Objective</u> : The objective of this research is to understand why caregivers may struggle to enforce the contract of care in an addictology department treating alcoholic-dependent persons.</p> <p><u>Method</u> : Four semi-directive interviews were conducted with a health manager and three nurses in an alcohol department where I completed my internship.</p> <p><u>Results</u> : There are many reasons why caregivers face challenges in inforcing this therapeutic contrat. Despite a multidisciplinary decision, differences are observed. Aggressiveness is increasingly present in these units and a better management would allow optimal care.</p> <p><u>Conclusion</u> : Caregivers find themselves in difficulty with increasingly aggressive patients. Thus, the management of aggressiveness through professional training in an alcohol department could be the subject of new research.</p> <p><u>Key words</u> : Alcoholology, dependence, therapeutic contract, teamwork, aggressiveness</p>