

Alcoololo-dépendance, ce mal méconnu



Mémoire de fin d'étude

UE 5.6.S6, "*Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnels*"

Remis le 16 mai 2013

Fondation Léonie Chaptal

Directrice de mémoire : Marie-Christine Neusy

Note aux lecteurs : « Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de l'auteur. »

Sommaire

I- Introduction et situation d'appel	p. 1 à 7
II- Cadre de référence	p. 7 à 23
1- La maladie alcoolique	p. 7 à 14
1.1- <i>Origine et définition de l'alcool</i>	p. 7 à 8
1.2- <i>Consommation française, quelques chiffres</i>	p. 8 à 9
1.3- <i>Les différents types de dépendances</i>	p. 9 à 12
1.4- <i>Complications et conséquences liées à la maladie alcoolique, sur l'organisme</i>	p. 12 à 14
2- Connaissances et représentations	p. 14 à 19
2.1- <i>Définition de la représentation</i>	p. 14 à 15
2.2- <i>Représentations socio-culturelles concernant l'alcool</i>	p. 15 à 17
2.3- <i>Représentation des soignants face au malade alcoolique</i>	p. 17 à 19
3- La prise en charge des patients alcoolo-dépendants	p. 19 à 23
3.1- <i>Les différents services spécialisés en alcoologie</i>	p. 19 à 20
3.2- <i>La prise en charge des malades alcooliques dans les structures spécialisées.</i>	p. 20 à 22
3.3- <i>La pathologie alcoolique : formations, diplôme universitaire en alcoologie ..</i>	p. 22 à 23
III- Enquête exploratoire	p. 23 à 34
1- Présentation des choix d'outil d'enquête	p. 23 à 26
1.1- <i>Choix des lieux</i>	p. 23 à 24
1.2- <i>Prise de rendez-vous dans les services</i>	p. 24
1.3- <i>Choix des personnes interrogées</i>	p. 24 à 25
1.4- <i>Présentation de l'outil d'enquête</i>	p. 25
1.5- <i>Déroulement des entretiens</i>	p. 25

1.6- Difficultés et facilités rencontrées	p. 26
1.7- Méthode d'analyse des données	p. 26
2- Présentation des résultats et analyse des données	p. 26 à 34
2.1- Choix du service	p. 26 à 27
2.2- Définition de la maladie alcoolique	p. 27 à 29
2.3- Représentations et conséquences dans la prise en charge des malades ... alcooliques	p. 30 à 33
2.4- Formations	p. 33 à 34
IV- Synthèse	p. 34 à 35
V- Conclusion	p. 36
Résumé et abstract	p. 1 à 7
Annexe I	p.
Annexe II	p.

I- Introduction

Dans le cadre de mes études en soins infirmiers et de la compétence 8, "initiation à la démarche de recherche", il m'est demandé de réaliser un travail de fin d'études sur un sujet qui m'intéresse. L'alcool, et plus précisément la prise en charge de la personne alcoolo-dépendante étant un sujet moins connu et abordé que d'autres, il m'a semblé pertinent et intéressant d'effectuer un travail sur ce sujet.

George Bernard Shaw¹ a écrit : « *L'alcool est un anesthésique qui permet de supporter l'opération de la vie* ». Lors de mon premier stage de troisième année en soins infirmiers que j'ai effectué en centre d'addictologie spécialisé dans la prise en charge des personnes alcoolo-dépendantes, j'ai pu constater, au travers des différentes histoires des patients, que cette citation était imprégnée de vérité.

L'alcool est un produit largement consommé en France depuis de nombreux siècles. Malgré des campagnes de prévention, sa consommation est banalisée et très répandue à différentes tranches d'âges de la vie. Il est consommé de manière festive la plupart du temps, mais aussi comme médicament pour ses effets antidépresseurs et anxiolytiques, par exemple.

D'après l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), l'alcool est la deuxième cause de mortalité prématurée en France. Il contribue de façon directe ou indirecte à 14% des décès masculins et 3% des décès féminins.

Très vite après avoir débuté la formation en soins infirmiers, j'ai été confrontée à une patiente ayant une addiction à l'alcool. Cette rencontre m'a beaucoup touchée et j'ai commencé à m'intéresser à la prise en charge de la personne alcoolo-dépendante ainsi qu'aux représentations auxquelles cette pathologie renvoyait.

Dans leur ouvrage, *Alcool : de l'esclavage à la liberté*, Serge Nédélec et Philippe Batel définissent l'alcoolo-dépendance comme suit : « *La dépendance à l'alcool n'est pas définie par une fréquence de consommation ou une quantité bue. Le symptôme clé de l'alcoolo-dépendance est la perte de maîtrise de sa*

¹ Écrivain irlandais, né le 26 juillet 1856, décédé le 2 novembre 1950

consommation d'alcool. Elle est la complication tardive et fréquente de l'usage nocif de l'alcool. À ce stade, boire de l'alcool est devenu un besoin. Classiquement on distingue deux types d'alcool-dépendance : la dépendance physique et la dépendance psychologique »².

À mon entrée en formation, j'avais déjà une idée très précise du secteur vers lequel je souhaitais me diriger. Je voulais bien évidemment apprendre et perfectionner des soins dits "techniques", mais surtout des compétences relationnelles. Au fil des travaux, recherches, discussions avec les autres étudiants, j'ai décidé de me tourner vers l'addictologie et en particulier le pôle d'alcoolologie.

Ce travail de fin d'études s'inscrit donc, pour moi, dans une continuité, dans une dimension importante à mes yeux ainsi que dans un projet qui me tient à cœur.

1- Situation d'appel et questionnement

Je vais, dans un premier temps, décrire et analyser une situation rencontrée en centre d'addictologie qui sera ma situation d'appel avant d'énoncer toutes les questions qui en ont découlé.

J'ai effectué mon cinquième stage dans un centre d'addictologie, dans la région Rhône Alpes. C'est un centre spécialisé dans la prise en charge des personnes alcool-dépendantes. J'ai choisi de décrire la situation que j'ai vécue avec Thomas. Cette expérience enrichissante, tant sur le point personnel que professionnel, m'a servie durant la durée de mon stage ; c'est pourquoi j'ai décidé de m'y intéresser plus particulièrement.

Thomas est un patient de 27 ans, entré trois semaines avant mon arrivée pour une cure de sevrage d'alcool de 5 semaines. C'est un jeune homme sociable, qui aime l'art en général et ayant un passé douloureux. Il travaille en tant que

² Philippe Batel et Serge Nédélec, *Alcool : de l'esclavage à la liberté*, Édition Demos, 2007

plâtrier/peintre et son patron est compréhensif vis-à-vis de sa maladie. Il est très entouré par ses parents et son frère. Il reçoit de la visite tous les week-ends et a beaucoup de projets pour sa sortie, notamment s'inscrire dans une troupe de théâtre.

Quelques jours après mon arrivée, j'ai eu l'occasion de voir Thomas en entretien infirmier de mi-cure, en présence d'une infirmière du service. Nous avons beaucoup échangé, il m'a raconté comment il était arrivé à s'alcooliser de façon excessive ainsi que les problèmes professionnels et personnels que cela a engendré par la suite.

Très vite, Thomas venait me parler spontanément dans la cour, au moment du repas, avant les activités, etc...Il appréhendait beaucoup sa sortie et avait besoin de se confier. Il en est venu à me parler de choses plus intimes comme le décès prématuré de sa sœur, la relation conflictuelle qu'il entretenait avec ses parents, son envie de retrouver l'amour, ses projets après sa sortie du centre...

Lorsqu'il me parlait de son envie de retrouver l'amour, Thomas faisait beaucoup de comparaison avec moi. Il me disait par exemple qu'il souhaitait trouver une fille dans mon "genre", "rigolote" et sociable... J'ai vite senti que cette relation était inappropriée par rapport à mon statut d'étudiante infirmière en stage, et donc de professionnelle. J'ai tenté, à ce moment, de prendre un peu de distance en détournant la conversation. Je lui ai également conseillé de prendre du temps pour lui après sa sortie, afin de se reconstruire dans un premier temps, avant de commencer à penser à retrouver quelqu'un. Cependant, cela n'a pas vraiment fonctionné et Thomas continuait à se rapprocher de moi. À ce moment précis, j'ai commencé à avoir peur qu'il puisse ressentir des sentiments amoureux à mon égard et cela m'a rendue mal à l'aise.

J'ai été touchée par la sincérité et l'approche de Thomas. Il se confiait à moi sans que je ne le connaisse vraiment, et une relation de confiance s'est installée très rapidement. Il m'a également lu certains textes qu'il écrivait, dont un dédié à sa sœur décédée qui m'a particulièrement attendrie.

Au fil des jours, j'ai commencé à lui expliquer que j'avais déjà pris en charge des personnes alcoolo-dépendantes. Je lui ai dit que je connaissais bien la maladie et lorsqu'il m'a demandé pourquoi, je lui ai simplement répondu que certaines

circonstances m'ont obligée à m'y intéresser. C'est à ce moment que j'ai basculé de l'empathie à l'affect. Le fait de parler avec Thomas de son expérience, son âge proche du mien, sa façon de me décrire les choses m'a profondément touchée et, sans m'en rendre compte, je me suis prise d'affection pour ce jeune patient que j'avais envie d'aider.

Une semaine après mon arrivée, je connaissais déjà beaucoup d'aspect de la vie de Thomas et son histoire m'a émue.

J'ai pris conscience que la relation qui était en train de se nouer entre Thomas et moi n'entrait pas dans une relation d'aide, dans le sens où j'étais dans l'établissement en tant que soignante et lui patient. En effet, au sein de la cure, les patients sont très entourés et peuvent parler à quelqu'un de l'équipe à tout moment s'ils en ressentent le besoin. Seulement, à l'extérieur, ils se retrouvent souvent moins entourés que pendant la cure et il est donc important qu'ils apprennent à gérer leurs émotions seuls. Je lui permettais donc de se confier et de se libérer de certaines émotions sur le moment, mais j'étais trop proche de lui pour l'aider dans la durée.

Quelques jours après cette prise de conscience, l'infirmière qui était ma tutrice de stage et la surveillante infirmière de la clinique m'ont prise à part pour m'expliquer qu'elles avaient remarqué que j'étais très proche de Thomas et que ce n'était pas forcément une bonne chose, que se soit pour lui ou pour moi. Je leur ai donc dit que je m'en étais rendue compte mais que je ne savais pas comment faire pour prendre de la distance sans qu'il pense que je me désintéressais de lui. En effet, Thomas est dépendant à l'alcool depuis l'âge de 13 ans et ses relations avec les autres n'ont tourné qu'autour du produit pendant de nombreuses années. Au centre, il recommençait à apprécier les échanges humains, à se mêler aux autres lors des activités ou à sortir marcher quelques heures sans être sous l'emprise de quelque produit que se soit. Je me suis dit que si je changeais de comportement trop brusquement, je risquais de le froisser et qu'il se replie sur lui-même, alors qu'il commençait à s'ouvrir de nouveau aux autres depuis son arrivée au centre. Il m'a donc fallu trouver la bonne méthode pour prendre de la distance, sans pour autant qu'il ne se sente rejeté. Cependant, cet exercice n'a pas été facile puisque les

infirmières présentes ne m'ont donné aucun conseil et ne m'ont pas aiguillée sur une ou plusieurs façons de faire.

La notion de distance est importante dans la relation soignant/soigné. En effet le soignant, s'il veut être efficace dans sa relation d'aide, doit savoir éviter que sa vie personnelle ainsi que ses émotions n'empiètent sur ses activités thérapeutiques. Cette notion est également majeure dans le domaine de l'addictologie. En effet les personnes atteintes d'addiction (que se soit à un produit ou à un comportement) sont en générales très demandeuses, surtout les premiers jours, voire les premières semaines. Il est donc nécessaire de savoir écouter et entendre leurs doléances, mais également de faire le tri entre les informations pour être en capacité de reconnaître un éventuel problème.

Dans ma relation avec Thomas, je n'étais pas en capacité de prendre du recul et d'avoir un regard professionnel. J'étais tellement émue par tout ce qu'il avait vécu que je n'aurais pas su reconnaître si quelque chose avait changé dans son comportement, par exemple.

Plus sa sortie approchait, plus Thomas était anxieux, stressé, et plus il me demandait de parler. J'ai donc essayé de revoir ma posture professionnelle. Pour cela, je lui ai conseillé, dans un premier temps, de venir à l'infirmerie s'il voulait que l'on discute et non plus dans la cour au milieu des autres patients. Puis, je lui ai dit qu'il serait bon qu'il parle de son anxiété face à sa sortie en séance de psychothérapie de groupe ou qu'il demande un entretien individuel avec sa psychologue référente, car elle aurait certainement plus de réponses à lui apporter que moi, qui venais d'arriver et qui ne connaissais pas encore très bien le fonctionnement de l'établissement, la cure en elle-même et la préparation à la sortie.

Quand Thomas me posait des questions un peu plus personnelles, je ne me suis pas sentie à l'aise dans ma manière de lui répondre que je ne pouvais pas lui dire trop de choses sur ma vie, que mon rôle n'était pas de lui faire partager mon expérience mais plutôt de l'aider à se créer sa propre expérience sans alcool, désormais. Thomas a compris et admis qu'il me demandait beaucoup de choses

personnelles. Pour lui, ce n'était pas dans le but de connaître ma vie, mais plutôt parce que cela le rassurait de pouvoir parler avec un soignant qui connaissait bien le problème de l'addiction. Par la suite, de lui-même, Thomas ne venait me voir que lorsqu'il était anxieux et qu'il n'arrivait pas à se calmer seul.

La situation a été compliquée dans le sens où nous avons presque le même âge, et surtout parce que son histoire était à la fois difficile à entendre mais également très émouvante. De plus, le fait que nous soyons en civil et que le tutoiement soit instauré a créé une relation particulière entre les patients et l'équipe soignante. Il est beaucoup plus difficile, lorsque l'on arrive dans ce contexte, de prendre de la distance avec les patients, surtout qu'en tant que stagiaire, j'étais avec les patients presque toute la journée puisque je suivais leur programme de cure en assistant à leurs activités.

La fin de la prise en charge de Thomas s'est bien déroulée. Il a mis en place un bon suivi pour préparer au mieux sa sortie. Progressivement, nous avons su retrouver chacun notre place : il était un patient et moi un soignant, et nos conversations sont restées professionnelles et non plus personnelles comme elles avaient pu l'être.

J'ai trouvé que cette expérience m'a été bénéfique dans le sens où cela s'est passé dès le début de mon stage. J'ai donc su comment me positionner par la suite avec des patients de mon âge ou même plus jeunes.

Cette situation m'a amenée à me poser plusieurs questions :

- Quel est le rôle de l'infirmière dans un service d'addictologie ?
- Quel peut être le ressenti et le vécu des soignants face à la maladie alcoolique ?
- Comment arriver à gérer au quotidien les différentes histoires de vies, les angoisses, les doutes et les possibles moments de renoncement des patients, dans un service spécialisé ?
- Avant de travailler dans un service prenant en charge des patients dépendants à l'alcool, les infirmières bénéficient-elles d'une formation

spécifique ?

- Quelles sont les représentations des soignants, en général, concernant l'addiction et plus particulièrement l'alcool-dépendance ?
- Comment garder une distance par rapport à une personne dépendante, par rapport à son histoire et par conséquent ne pas avoir de jugement, ne pas tomber dans les "clichés" ?

Ceci m'amène donc à formuler ma question de départ :

Quel impact peut avoir la représentation qu'à l'infirmière de l'alcoolisme sur la prise en charge d'un patient alcool-dépendant ?

Au regard de ma question de départ, j'envisage de développer trois concepts : j'aborderai, dans un premier temps, la maladie alcoolique avant de développer les connaissances et représentations. Enfin, je terminerai sur la prise en charge, notamment infirmière, de la personne alcool-dépendante dans les services de soins spécialisés.

II- Cadre de référence

1- La maladie alcoolique

1.1- Origine et définition de l'alcool

Le mot "alcool" est d'origine arabe, il est apparu au XIV^{ième} siècle. Il vient de "al khoul" ou "al koh'l" qui désigne une poudre fine à base de stibine (sulfure d'antimoine). Cette poudre était utilisée pour produire le fard à paupières des femmes des harems. Ce mot sera ensuite introduit, dans son orthographe actuelle, au XVI^e siècle dans la langue française, « *le terme "alcool" désignant "ce qui est très*

subtil »³.

L'alcool éthylique ou éthanol, pour sa formule chimique, est l'un des plus anciens produits psychoactifs consommés. Il est obtenu par deux procédés différents : la fermentation (pour les fruits, le houblon) ou par distillation (malt, pomme de terre ou blé).

La formule chimique de l'alcool éthylique est CH₃CH₂OH. La concentration en éthanol se définit par le "degré alcoolométrique centésimal", c'est-à-dire le pourcentage d'alcool pur. Il est exprimé en volume pour cent. Ce pourcentage d'alcool varie en fonction des produits et des doses mais il existe des équivalences. Par exemple, 25 cL d'un demi de bière à 5° = 10 cL d'une coupe de champagne à 12° = 10 cL d'un ballon de vin à 12° = 7 cL d'un verre apéritif à 18° = 2,5 cL d'un verre de whisky à 40° = 2,5 cL d'un verre de Pastis à 45°.

1.2- Consommation française, quelques chiffres

L'alcool est un produit largement consommé depuis des centaines d'années. Aujourd'hui en France, sa consommation est en baisse depuis environ quarante ans. Elle a été divisée par deux entre 1960 et 2009.

Pierre Fouquet, l'un des pionniers dans le domaine de l'alcoologie française, définit, en 1951, l'alcoolisme : « [...] est alcoolique tout homme ou femme qui a perdu la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool »⁴.

On dénombre qu'environ 7% des adultes ne boivent jamais tandis que 15% boivent tous les jours (23% d'hommes et 8% de femmes), le vin restant la boisson la plus consommée.

On recense près 5 000 000 de malades alcooliques, dont 1 500 000 femmes. L'alcool est la deuxième cause de mortalité en France, que ce soit de façon directe ou indirecte (14% des décès masculins et 3% des décès féminins).

³ Éric-Pierre Toubiana (mars 2011), *Addictologie clinique*, éditions PUF, Paris, p. 256

⁴ Jean-Pierre Descombey (1994), *Précis d'alcoologie clinique*, Paris, éditions Dunod, p.13

« La consommation nocive d'alcool entraîne 2,5 millions de décès chaque année.

- 320 000 jeunes gens âgés de 15 à 29 ans meurent de causes liées à l'alcool, qui représentent 9% de la mortalité totale dans ce groupe d'âge.

- L'alcool est le troisième facteur de risque de morbidité ; c'est le deuxième facteur de risque en Europe.

- L'alcool est associé à de nombreux problèmes sociaux et développementaux graves : violence, maltraitance ou négligence des enfants, absentéisme sur le lieu de travail... »⁵.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fixé des normes afin de définir une consommation à moindre risque. « Pas plus de trois verres par jour pour un homme et pas plus de deux verres par jour pour une femme. Abstinence d'une journée par semaine. Ne pas consommer plus de quatre verres par occasion de boire ».

1.3- Les différents types de dépendances

L'OMS décrit la dépendance comme « 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 »⁶.

Dans la maladie alcoolique, il existe trois niveaux de dépendance : physique, psychologique et sociale.

Tout d'abord, la dépendance psychologique : « Le malade utilise l'alcool comme un médicament pour soulager des tensions psychiques (dépression, angoisse...), ou pour faciliter des relations (timidité, peur des autres, manque d'assurance ou de confiance en soi...) »⁷. La conséquence en est la mise en place d'un conditionnement ("Avec un verre, je me sentirai mieux..."), ne permettant plus la maîtrise des situations, difficiles ou non, de la vie.

L'effet du produit alcool se substitue aux ressources naturelles de la personne,

⁵ <http://www.who.int>, consulté le 17 avril 2013

⁶ www.ds-services.fr, consulté le 17 avril 2013

⁷ Michèle Munier, *Lettre à l'entourage de nos patients*, Létra

lui permettant d'éviter la souffrance, le mal-être psychologique, la frustration, avec progressivement une nécessité d'augmenter les doses pour gérer la confrontation de plus en plus difficile à la réalité. Ceci est dû à l'effet psychotrope du produit qui va entraîner une modification du fonctionnement cérébral.

Dans ce fonctionnement, on retrouve deux phases bien distinctes. Dans un premier temps, l'individu va vivre une véritable « *lune de miel* »⁸ avec le produit. En effet, "l'alcool médicament" remplit sa fonction puisque le consommateur voit sa confrontation avec une réalité difficilement supportable occultée. De plus, il est facile de boire car les occasions sont nombreuses et font partie intégrante de la société française.

La deuxième étape vient plus tard. Il s'agit de la « *lune de fiel* »⁹. Plus l'individu va boire pour oublier ses problèmes ou "s'auto-médicamenter", plus il va être tenté de le faire car lorsque les effets de l'alcool se sont dissipés, il se retrouve confronté à la réalité qu'il cherche à fuir. Une "spirale infernale" va alors s'installer dans la vie de l'individu. En effet, les malades alcooliques ont tendance à adopter des comportements dérangeants, surtout pour l'entourage ou dans le domaine professionnel. On constate souvent que le mensonge commence à s'installer dans le couple, avec la famille, avec les amis ; des stratégies sont mises en place pour continuer de boire en cachette, de fausses promesses sont très souvent faites afin de calmer les angoisses de l'autre... Petit à petit, un mécanisme de défense psychologique se développe chez la personne alcoolodépendante : le déni. « *C'est le fait, contre toute évidence, de nier tout problème et de ne pas pouvoir accepter la réalité* »¹⁰. C'est un mécanisme de défense inconscient contre la dépression, consistant à ne pas voir ce qui est insupportable et trop angoissant. Le malade va même souvent essayer d'arrêter ou de diminuer sa consommation pour se prouver et prouver à son entourage que c'est possible pour lui d'arrêter de boire de l'alcool.

La dépendance physique est la deuxième à apparaître. « *C'est l'installation à*

⁸ Conférence du Docteur Gonnet, Létra, 2012

⁹ Conférence du Docteur Gonnet, Létra, 2012

¹⁰ Michèle Munier, *Lettre à l'entourage de nos patients*, Létra

l'insu du malade d'une dépendance du corps, dépendance dure et de nature toxicomaniaque »¹¹.

Elle met en jeu des transformations physiologiques. Peu à peu, le malade alcoolique est piégé par le besoin physiologique de répéter les prises du produit pour échapper aux symptômes du manque d'alcool (tremblements, transpiration, angoisses, vomissements, nausées, irritabilité, obsessions mentales, lutte interne pour ne pas boire ou moins boire...). À ce stade, le malade alcoolique est dans l'obligation de boire et sa volonté n'est plus suffisante pour sortir de cette dépendance. Il fonctionne avec l'alcool comme une voiture avec de l'essence.

On peut résumer, chronologiquement, la dépendance physique grâce à trois notions : la perte de contrôle, puis la tolérance et enfin le sevrage.

Lorsqu'un malade alcoolique consomme de l'alcool, c'est d'abord la perte de contrôle qui apparaît. On appelle cela le « *craving* »¹² : c'est une compulsion, un besoin irrésistible. Ensuite arrive la tolérance. C'est un processus où le corps s'accoutume. Il va être nécessaire d'augmenter les doses d'alcool pour obtenir les mêmes effets qu'auparavant. Enfin vient la phase de sevrage : les effets de l'alcool se dissipent. C'est l'apparition du manque.

La dépendance psychologique combinée à la dépendance physique entraînent une détérioration des relations entre le malade et son entourage (famille, conjoint, amis, travail...), ce qui va aboutir à une véritable dépendance sociale. « *On définit la dépendance sociale du sujet comme la perte de son autonomie relationnelle* »¹³. Plus le malade alcoolique va consommer, plus des difficultés sociales et relationnelles vont apparaître.

Tout d'abord, cela se répercute, en général, dans la cellule familiale, provoquant parfois un éclatement de celle-ci. Lorsque l'individu va boire, il va se sentir persécuté par les réflexions, les mises en garde, les conseils et les recommandations de son entourage. Ceci engendre alors des conflits. Cette persécution va être ressentie d'autant plus lorsque la personne alcoolo-dépendante sera en état de manque, car trop préoccupée par son envie de consommer, elle ne

¹¹ Michèle Munier, *Lettre à l'entourage de nos patients*, Létra

¹² Michèle Munier, *Info dépendance*, Létra

¹³ Conférence du Docteur Gonnet, Létra, 2012

sera pas en capacité d'entendre ce que peuvent lui dire ses proches. Du côté de l'entourage, il peut y avoir un découragement. Lorsque les malades sont dans le déni, aucune parole, aucun acte ne peut les faire réagir s'ils n'ont pas admis eux-mêmes qu'ils ont un problème avec l'alcool. L'entourage peut alors se sentir trompé, persécuté, voire en danger.

Dans la dépendance sociale, il est nécessaire d'ajouter les problèmes sociaux que l'alcool peut engendrer. En effet, les problèmes judiciaires tels que la perte du permis de conduire suite à une arrestation en état d'ivresse, par exemple, entraînent souvent une perte du travail, puis du logement, puis du conjoint ainsi que de la garde éventuelle des enfants.

Aux yeux de la société, la personne alcoolo-dépendante perd vite sa dimension humaine et se retrouve avec une étiquette indiquant en caractères gras "alcoolique".

1.4- Complications et conséquences liées à la maladie alcoolique, sur l'organisme

Le mécanisme d'action de la substance alcool sur l'organisme est complexe. En effet, l'alcool va agir sur plusieurs parties du cerveau. L'alcool stimule le système dopaminergique de récompense, d'où les effets stimulants, euphorisants. Les mécanismes caractérisant la dépendance sont réversibles lorsque la consommation cesse, mais le consommateur conserve une "cicatrice" psychologique forte de l'état de bien-être ressenti lors de la consommation, expliquant la fréquence des rechutes.

Pour le reste de l'organisme, la consommation excessive d'alcool « est susceptible de provoquer des réactions dynamiques sur différents organes ou appareils »¹⁴, notamment le tractus digestif, l'appareil hépatique, le pancréas, l'appareil rénal, le système nerveux central, la sphère ORL...

On constate en effet que l'alcool n'épargne aucune partie de la sphère ORL et du tube digestif, que ce soient les lèvres, la bouche, la gorge, l'œsophage, pour aller vers l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle, le côlon, jusqu'à l'anus. Chaque organe

¹⁴ Dominique Barrucand, *Manuel Alcoologie*, 1986-1987, p. 48

peut être atteint de pathologies diverses (ulcères, aphtes, gingivites, gastrite, reflux gastro-oesophagiens, mauvaise absorption des vitamines et nutriments provoquant des carences en vitamines B1, B6, PP, cancers...). De plus, l'alcool perturbe le contrôle de l'équilibre hydrique, ce qui conduit à une élimination d'eau excessive. La déshydratation (dont les signes sont la fatigue, les céphalées, les douleurs musculaires...) va avoir plusieurs conséquences. Elle peut entraîner des crises d'épilepsie, des troubles de la mémoire et, plus important, un délirium tremens (urgence vitale qu'il faut traiter le plus rapidement possible).

Le pancréas et le foie sont deux organes particulièrement touchés et sur lesquels la consommation chronique d'alcool peut avoir de très lourdes conséquences. On retrouve des pancréatites (aigües ou chroniques) qui, dans certains cas, touchent le pronostic vital et causant des douleurs insupportables pour l'individu, pouvant aller jusqu'à l'insuffisance pancréatique ou au diabète. Au niveau du foie, on retrouve des pathologies comme la stéatose (surcharge graisseuse du foie liée à l'augmentation des triglycérides), des poussées d'hépatite alcoolique (inflammation et nécrose du foie par ingestion d'une grosse quantité d'alcool et de façon brutale, provoquant la mort des cellules hépatiques ; des cirrhoses (développement exagéré des tissus fibreux détruisant les cellules hépatiques) ou encore des cancers (9 cancers du foie sur 10 se produisent sur un foie cirrosé).

Le système nerveux périphérique n'est pas non plus épargné, sa sensibilisation générant des polynévrites (neuropathie sensitivo-motrice chronique périphérique) et des névrites optiques rétrobulbaires (inflammation du nerf optique).

Au niveau du système nerveux central, des affections graves sont constatées. Le syndrome de Gayet-Wernicke, par exemple, est l'association d'un syndrome confusionnel, d'une ataxie, de paralysies oculomotrices de fonction et parfois de troubles végétatifs et troubles de la conscience, en rapport avec un déficit en vitamine B1. Le syndrome de Korsakoff est, lui, caractérisé par l'association de troubles de la mémoire (amnésie antérograde), d'une désorientation temporelle, de fausses reconnaissances et de fabulation. Ce syndrome succède à l'encéphalopathie de Wernicke.

L'appareil sexuel est lui aussi touché : impuissances, frigidités, éjaculations

précoces, perte de la libido, pannes sexuelles, sécheresse vaginale, aménorrhées.

Enfin, l'alcool, une fois ingéré, est directement absorbé au niveau du tube digestif et ne nécessite pas de processus de digestion. Quand une personne consomme de l'alcool, celui-ci commence immédiatement à passer dans le sang. Une petite partie passe directement par la muqueuse buccale et l'œsophage. Près d'un quart de l'alcool passe dans le sang après assimilation par l'estomac, et le restant par les intestins, principalement l'intestin grêle.

L'alcool agit comme un coupe-faim, de part sont apport calorique important (7,1 kcal/gramme), ce qui entraîne une irritation du tube digestif. L'effet anorexigène du produit combiné à la mauvaise assimilation des aliments génèrent une malnutrition du malade alcoolique.

Le catalogue des pathologies liées à l'alcool est long. Sans compter que les risques augmentent parfois par deux lorsqu'il y a tabagisme (notamment pour la sphère ORL ou le développement de cancers). Cependant, la plupart de ces pathologies régressent complètement avec l'arrêt définitif de l'alcool et celles qui sont chroniques se stabilisent.

2- Connaissances et représentations

2.1- Définition de la représentation

Étymologiquement, le mot représentation signifie « contenu d'une pensée ». Elle est définie comme « *une perception, une image mentale dont le contenu se rapport à un objet, une situation du monde dans lequel vit le sujet* »¹⁵.

Dans le cadre de ce concept, il me paraît important de considérer les représentations de façon plus spécifique, c'est-à-dire en lien dans les relations d'Homme à Homme. Pour cela, je vais donner la définition des représentations sociales : « *Phénomènes complexes, toujours activés et agissant dans la vie sociale.*

¹⁵ Dictionnaire, 1998, Paris, Larousse Bordas, p. 739

Elles sont composées d'éléments divers qui ont longtemps été étudiés de façon isolée : attitudes, opinions, croyances, valeurs, idéologies, etc... »¹⁶.

Je vais me baser sur cette définition pour pouvoir examiner les différentes perspectives de ce concept. Avant d'étudier les représentations des soignants sur la maladie alcoolique, je me suis penchée sur "l'alcoolisme" et ses représentations au sein de notre société actuelle.

2.2- Représentations socio-culturelles concernant l'alcool

En France, l'alcool a dans un premier temps une connotation plutôt chaleureuse. Par exemple, le vin est l'un des symboles de la gastronomie française. Il est associé à la fête, à la convivialité en famille ou entre amis. Il accompagne systématiquement les événements marquants de la vie sociale : naissances, mariages, emménagement, succès en tout genre. Même à l'église, on retrouve le vin, symbolisant le sang du Christ. L'alcool est apprécié pour le plaisir du goût, mais il est également vecteur de socialisation, synonyme de force et de virilité, on lui attribue des réflexions telles que : "il tient bien l'alcool", "il a une sacrée descente".

« *L'alcool et le tabac ont le droit de tuer, [...], messieurs, dames, mourrez donc d'alcool et de fumée, la patente est payée, la mort autorisée* »¹⁷. Dans notre société, l'alcool est un véritable problème de santé publique. S'il est considéré comme une drogue au même titre que le tabac, le cannabis, l'héroïne ou la cocaïne, il est pourtant légal. Malgré des campagnes de prévention de plus en plus choquantes, des affiches publicitaires interdisant la vente d'alcool aux mineurs, sa consommation reste élevée et les conséquences liées à celle-ci sont souvent dramatiques.

On constate aussi, malgré le fait que l'alcoolisme soit l'addiction la plus anciennement repérée, qu'un bon nombre de fausses idées sont encore présentes, comme par exemple "l'alcool hydrate", "l'alcool réchauffe", "manger après avoir consommé de l'alcool réduirait sa vitesse de passage dans le sang" ou encore "les hommes supportent mieux l'alcool que les femmes".

¹⁶ <http://www.psychoweb.fr>, consulté le 21 avril 2013

¹⁷ Chanson du groupe français Matmatah, *L'Apologie*

C'est le médecin suédois, Magnus Huss qui a été l'un des premiers, en 1849 à considérer l'alcoolisme comme une maladie, et donc à tenter de l'extraire de sa connotation péjorative. Cependant, il aura fallu attendre 1978 pour que l'alcoolisme soit reconnu comme maladie par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Si, aujourd'hui, la société connaît et reconnaît la maladie alcoolique, il subsiste une image négative et stéréotypée de la personne alcoolo-dépendante. On note que deux formes bien distinctes d'alcoolisation sont perçues par la société. D'une part, on trouve "l'ivrogne", "le pochtron", "le soulard", qui boit ouvertement, qui finit "ivre mort, couché par terre" et qui renvoie à l'image du "clochard". Cette représentation rassure, elle montre la limite à ne pas dépasser. On se dit qu'on ne finira jamais comme cela, que si un jour on s'aperçoit qu'on a dépassé nos propres limites, il faudra arrêter de boire. D'autre part, il y a le malade alcoolique. « *L'ivresse se donne en spectacle, alors que les effets organiques à bas bruits de la molécule d'éthanol restent dans l'ombre* »¹⁸. Il demeure caché, est rongé par la honte et la culpabilité. Dans leur ouvrage, *Alcool et alcoolisme : pratiques et représentations*, Pascale Ancel et Ludovic Gaussoy font cette comparaison entre la représentation de la pathologie alcoolique et l'ivrognerie : « *La maladie alcoolique deviendrait plus cachée, plus honteuse peut-être, moins avouable que ne l'était auparavant l'ivrognerie* »¹⁹. Aujourd'hui, cette pathologie prend une autre forme. Dans l'imaginaire, elle est insidieuse, sournoise.

En réalité, dans notre société actuelle, cette maladie pourrait se résumer en un seul mot : peur. Peur de la société, du regard des autres, du jugement, des commérages et du "qu'en dira-t-on".

De plus, il semble qu'« *il ne fait pas bon être une femme alcoolique* »²⁰. La connotation négative d'une femme qui boit est encore plus forte que pour un homme. En effet, la femme symbolise la mère, l'épouse, elle doit rester un modèle de féminité pour son mari et ses enfants. Elle est synonyme de douceur, de poésie, de maîtrise.

¹⁸ *Alcool et alcoolisme, pratiques et représentations*. P. Ancel et L. Gaussoy. Editions L'Harmattan. Paris, 1998. p. 87

¹⁹ *Alcool et alcoolisme, pratiques et représentations*. P. Ancel et L. Gaussoy. Editions L'Harmattan. Paris, 1998. p. 87

²⁰ *Toute honte bue, l'alcoolisme au féminin*. Laure Charpentier, Éditions France Loisirs, 1981, Paris. p. 11

Or, pour la société, la femme alcoolique perd sa dignité, voire sa "fonction élémentaire".

2.3- Représentation des soignants face au malade alcoolique

« *Le jour où l'alcoolique - et à plus forte raison la femme alcoolique - se sentira aidé, accueilli, et non plus à peine toléré, le jour où l'infirmière offrira au malade alcoolique le même sourire qu'elle destine au cancéreux ; le jour où tout simplement, l'homme se conduira en homme et non plus comme un censeur ou un loup, alors là, oui, ce jour-là, l'alcoolisme régressera en France* »²¹. Nous l'avons vu, l'alcoolisme a une représentation très négative dans la société.

Dans leur exercice professionnel, les soignants se doivent de ne porter aucun jugement et de prodiguer des soins de qualité à n'importe quel patient. Il est possible de distinguer les représentations des professionnels de santé en services de soins dits "lambdas" et dans les structures plus spécialisées.

Dans les services de soins dits "généraux", la prise en charge des patients alcoolo-dépendants peut s'avérer extrêmement compliquée. En effet, par manque de formations, d'informations, de proximité, les réactions de ces patients peuvent être parfois inattendues et mal interprétées. Entrer en contact avec un patient malade alcoolique est un exercice difficile. Les soignants sont avant tout des individus qui font eux aussi face à certaines représentations, même si cela se fait de façon inconsciente. De ce fait, il se peut que certains soignants se retrouvent confrontés à des situations de "déjà vu", faisant écho à leur propre vécu. Certaines circonstances peuvent renvoyer à des vécus personnels de la maladie. Ainsi, le soignant ne va pas accueillir ces patients de la même façon si, dans son histoire familiale par exemple, il y eu des problèmes d'alcool ; il peut être plus sensible, ressentir et renvoyer inconsciemment de la haine ou du mépris. La peur est également parfois ressentie à l'égard des malades alcooliques.

Dans les services de soins adaptés, les professionnels sont confrontés quotidiennement à cette pathologie et à toutes les connotations qu'elle renvoie. La

²¹ *Toute honte bue, l'alcoolisme au féminin*. Laure Charpentier, Éditions France Loisirs, 1981, Paris. p. 15

prise en charge est facilitée de part "l'instruction" qu'ils ont reçue. Le fait d'avoir pu suivre des formations, de se spécialiser en alcoologie ou tout simplement d'être confronté chaque jour à cette maladie, aide les professionnels dans leurs projets de soins.

Les représentations sont très présentes dans ce type de structures. Les histoires de vies, les discussions, les "thérapies de couloirs", les groupes de paroles reflètent systématiquement le vécu des patients et donc l'image que leur maladie leur renvoie. Les soignants sont confrontés toute la journée à ce type de discussions et sont les interlocuteurs privilégiés des patients.

Les représentations péjoratives de la maladie alcoolique dans la société sont occultées au sein de ces services, autant du côté du professionnel, que du côté du patient. « *Le patient perçoit qu'il compte pour le soignant, que celui-ci ne le laisse pas tomber, que son "cas" n'est pas désespéré et qu'une solution pourra être trouvée* »²².

Le contact quotidien avec les soignants et plus particulièrement les infirmières permet au patient de se revaloriser. Cette proximité l'aide à se détacher de toutes les remarques, remontrances ou réflexions dont il a pu faire l'objet. Il peut donc prendre de la distance avec l'image dévalorisée que lui renvoie la société. L'attitude des professionnels de santé peut influencer de manière importante le projet de soin d'une personne alcoolique.

Même si le contact quotidien avec des personnes alcoolo-dépendantes peut être psychologiquement difficile, voire fatigant, pour les soignants, il a souvent un effet bénéfique concernant l'image que l'on peut en avoir. Il permet de confronter les représentations de la société avec de réelles histoires de vies majoritairement très difficiles. Cela permet de se remettre en question soi-même, mais également des illustrations que l'on peut avoir, de façon positive. Il est également envisageable d'aller plus loin en émettant l'hypothèse que, si la maladie alcoolique était mieux comprise, s'il était possible que les malades alcooliques abstinents puissent être en

²² *Alcoologie et addictologie, Comment le changement s'opère-t-il chez l'alcoolo-dépendant ?* (revue) septembre 2010, tome 32, n°3, p. 238

contact régulièrement avec les individus qui forment la société, les représentations sociales encrées depuis des siècles pourraient changer.

3- La prise en charge des patients alcoolo-dépendants

3.1- Les différents services spécialisés en alcoologie

Il existe, en France, un nombre important de structures spécialisées dans la prise en charge des malades alcooliques.

On retrouve, notamment, les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Ces structures ont été constituées en 2010 afin de pouvoir regrouper les CCAA (Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoologie) et les CSST (Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes). Ce sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé ou par des associations régies par la loi 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du Ministère de la Santé.

On dénombre, en France, plus de 850 CSAPA, implantés dans tous les départements, dont les deux tiers sont gérés par le secteur associatif.

Il existe également des consultations hospitalières d'alcoologie (ou addictologie) qui sont des consultations spécialisées. Le plus souvent, elles sont associées à un service hospitalier d'hépatogastro-entérologie ou de psychiatrie. Elles sont assurées par des médecins ayant reçu une formation complémentaire en alcoologie et addictologie.

À l'hôpital, on retrouve des services autonomes ou des unités intégrées dans des services de gastro-entérologie, médecine interne ou psychiatrie appelés "unités hospitalières d'alcoologie" (ou addictologie). Elles accueillent des patients dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée en hospitalisation, notamment lors d'hospitalisation complète pour sevrage simple ou complexe.

Les patients peuvent également être dirigés vers des CSSR (Centres de Soins de Suite et de Réadaptation) qui regroupent des centres de cures et des centres de

post-cure.

Des équipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA) peuvent être présentes dans les structures hospitalières. « *Leurs missions concernent la prise en charge, le bilan et l'orientation des personnes souffrant de pathologies addictives* »²³. Elles font donc le lien entre le service qui accueille le patient et un service pouvant être plus adapté pour lui au vu de son état de santé.

En dehors des structures médicales, les patients peuvent trouver des groupes d'entraide ou associations. Elles sont composées d'anciens malades alcooliques. Tous ont le même objectif : « *S'entraider à devenir abstinent d'alcool et assurer le maintien de cette condition première du rétablissement ou de la reconstruction de sa vie* »²⁴.

3.2- La prise en charge des malades alcooliques dans les structures spécialisées

*« Dans l'exercice difficile, laborieux, souvent pénible, voire douloureux de la reconstitution du parcours, le soignant alcoologue a un partenaire incontournable : le malade. Une technique efficace : l'écoute et la guidance. Un outil indispensable : une connexion autour de la confiance réciproque qui permettra à l'alcoologue d'entrer dans l'histoire du patient, d'en devenir le témoin privilégié ; un allié pour la parcourir. S'insinuer dans la trajectoire et tenter de l'infléchir, d'en dévier l'inexorable direction, voilà le challenge du médecin. Ainsi, les récits de vie contribuent aux soins alcoologiques en permettant de tracer les perspectives et d'amorcer le tournant du changement »*²⁵.

Les parcours de soins des malades alcooliques sont souvent longs, fastidieux et douloureux. Chaque patient a son histoire personnelle avec l'alcool, son parcours pour se sortir de son addiction. Même s'il est vrai que chaque structure possède ses propres protocoles, ses propres règles, ses propres projets de soins, leur objectif commun est d'aider le patient alcoolo-dépendant à stopper sa consommation dans la durée.

²³ <http://elsafrance.e-monsite.com>, consulté le 20 avril 2013

²⁴ <http://www.alcoolinfoservice.fr>, consulté le 20 avril 2013

²⁵ *Alcool : de l'esclavage à la liberté*, Serge Nedelec et Philippe Batel, éditions Demos, Paris, octobre 2007, p. 12

La prise en charge pluridisciplinaire est un élément indispensable dans le bon déroulement du parcours de soins du patient. Les compétences de chacun des acteurs, qu'ils soient médecins, psychiatres, psychologues, infirmiers, aides-soignants, assistants sociaux, intervenants extérieurs (arts thérapeutes), sont mobilisées au quotidien, mises en commun et essentielles pour assurer une prise en charge optimale et complète des patients. Chacun tient donc un rôle spécifique.

Ce travail de fin d'études étant en vue de l'obtention du diplôme d'État infirmier, je vais développer plus spécifiquement cette fonction.

L'IDE occupe une place de premier ordre auprès des patients alcoolo-dépendants dans leurs parcours de soins. De nombreuses compétences sont nécessaires, voire indispensables à ce soignant, considéré comme privilégié par les patients. Il tient un rôle sur les plans psychique et physique des malades alcooliques.

L'infirmière doit avoir des qualités d'écoute, d'observation et d'analyse, ainsi qu'une capacité relationnelle importante, compétences indispensables à développer pour exercer au mieux auprès de patients alcoolo-dépendants. En effet, il est nécessaire qu'un climat de confiance s'installe entre l'IDE et le patient, afin d'amorcer une alliance thérapeutique. Elle doit adopter une attitude sincère, bienveillante et empathique, ne porter ni jugement, ni morale, et prendre en compte les propos du patient ainsi que son vécu.

Cette attitude est valable pour toutes les étapes du processus de soins, que se soit pour une première démarche de soins de la part du patient, ou dans un contexte de rechute, où la culpabilité est d'autant plus élevée qu'un sentiment d'échec est présent chez celui-ci, et qui peut également l'être chez le soignant.

Au cours des soins et des entretiens, l'infirmière est en première ligne pour détecter angoisses, mal-être ou encore comportement inhabituel chez ces patients afin de pouvoir agir le plus rapidement possible et en faire part à l'ensemble de l'équipe soignante. De part cette proximité avec les patients, il lui est également plus aisé de constater une évolution favorable - ou non - de leur état émotionnel et psychologique. Cependant, l'infirmière doit également être capable d'imposer des limites aux patients. Elle ne doit pas déroger au cadre et aux limites fixées par

l'établissement de soins et doit donc accepter d'en être le représentant.

L'infirmière est aussi garante de l'état physique des patients, en particulier pendant la phase de sevrage, qui peut devenir critique dans certains cas, comme je l'ai précisé en première partie.

Dans les premières 48 heures, une surveillance du score de Cushman est effectuée régulièrement. Celle-ci permet d'évaluer si le sevrage du patient se passe normalement ou s'il est difficile. Pour cela, elle va surveiller le pouls, la tension artérielle, la fréquence respiratoire, les tremblements (mains, pieds ou généralisés), les sueurs, l'agitation et la présence ou non de troubles sensoriels (lumière, bruit, hallucinations). En plus du score de Cushman, l'infirmière va évaluer le sommeil, l'appétit, l'hydratation, l'élimination et les éventuelles douleurs du patient. Toute cette procédure est mise en place afin de pouvoir agir de manière à ce que le patient vive le mieux possible cette phase de sevrage, ou, le cas échéant, pour intervenir rapidement en cas de difficultés et ainsi éviter des conséquences telles que les crises d'épilepsies ou les delirium tremens.

Chaque professionnel intervenant dans la prise en charge des malades alcooliques occupe donc une place particulière auprès de celui-ci, mais l'infirmière tient réellement une fonction essentielle de par sa proximité singulière avec le patient.

3.3- La pathologie alcoolique : formations, diplôme universitaire en alcoologie

Il n'existe pas de formation, ni de diplôme spécifique pour pouvoir exercer en tant qu'infirmière en alcoologie. Le diplôme d'État suffit.

Au cours de notre formation en soins infirmiers, nous avons abordé le thème de l'alcool-dépendance au semestre 5, dans l'unité d'enseignement 2.6 (processus psychopathologiques). La pathologie alcoolique nous a été expliquée dans nos cours délivrés par la faculté Pierre et Marie Curie de Paris. Nous avons ensuite pu mettre en pratique nos connaissances, en travaillant en groupe sur un cas concret, exposé et corrigé par deux formatrices de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) et

une intervenante extérieure, cadre en psychiatrie, aujourd'hui retraitée.

Il existe néanmoins un diplôme universitaire en alcoologie. Le programme de ce DU comprend 60 heures de cours magistraux sur une année universitaire (soit environ une journée de cours par semaine). Il est composé de 4 modules. Le premier module concerne l'épidémiologie et l'économie, le deuxième aborde les connaissances médicales, le troisième module traite des structures, de la législation et de la réglementation et, enfin, le dernier concerne la thérapeutique et la prise en charge du suivi. L'objectif de ce diplôme est d'acquérir des éléments permettant d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients alcooliques. Le niveau requis à l'entrée est un BAC+3 ou équivalent.

Certaines structures peuvent également proposer des formations à leur personnel (connaissances approfondies sur la maladie alcoolique, prise en charge spécifique de la personne alcoolo-dépendante, en services de soins généraux, par exemple).

III- Enquête exploratoire

1- Présentation des choix d'outil d'enquête

Afin de recueillir les informations dont j'avais besoin pour développer ce travail, j'ai mis en place une méthodologie pour réaliser au mieux mes enquêtes. Je vais donc la développer point par point dans cette partie.

1.1- Choix des lieux

Concernant le choix des services, j'ai sélectionné ceux qui me paraissaient appropriés par rapport à ma question de départ, à savoir un service d'addictologie et un service de psychiatrie adulte.

En effet, le secteur de l'addictologie représente un service de soins spécialisés dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants. Le fait que les infirmières soient confrontées quotidiennement à cette maladie, renvoie à ma question de départ sur les représentations de l'alcoolisme et la prise en charge des malades alcooliques.

Il m'a semblé pertinent dans un deuxième temps de pouvoir faire un parallèle avec un service de psychiatrie adulte où les professionnels sont également confrontés à cette pathologie. C'est pourquoi j'ai choisi de réaliser un entretien dans ce type de service afin de pouvoir mettre en lien les réponses apportées en addictologie et celles en psychiatrie.

1.2- Prise en rendez-vous dans les services

Pour débiter, j'ai construit une trame d'entretien que j'ai présenté à ma directrice de mémoire afin d'avoir son aval pour contacter les services dans lesquels je souhaitais enquêter. Une fois la trame validée et l'autorisation obtenue, j'ai contacté les cadres de chacun des services afin de leur demander si je pouvais venir réaliser des entretiens avec des infirmières de leurs services de soins.

J'ai rapidement reçu des réponses positives. Puis j'ai envoyé l'autorisation d'enquête, la trame d'entretien et quelques explications concernant le choix de mon thème de mémoire par courrier aux services concernés. Nous avons ensuite fixé ensemble une date en fonction des plannings des infirmières et de mes disponibilités, ce qui m'a permis de réaliser mes entretiens rapidement.

1.3- Choix des personnes interrogées

J'ai choisi de réaliser mes entretiens auprès de quatre infirmières diplômées d'état. Trois infirmières exercent en addictologie et une en psychiatrie adulte. Je n'ai ciblé que la population des infirmières pour rester au plus près de ma question de départ qui les concerne directement.

Les trois infirmières d'addictologie avaient des expériences différentes dans ce

service allant de 8 mois d'ancienneté à 11 ans.

L'infirmière en psychiatrie est diplômée depuis 6 ans et travaille dans ce service depuis l'obtention de son diplôme d'état.

1.4- Présentation de l'outil d'enquête

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs qualitatifs plutôt que des questionnaires quantitatifs. Cette méthode m'a permis de développer certaines questions en fonction des réponses des infirmières, tout en ayant une trame de départ afin de m'aider. J'ai également préféré cette méthode car je voulais avoir un réel échange avec les professionnels, tout en leur laissant une liberté de réponses.

Mon outil d'enquête est basé sur le principe de l'anonymat et du volontariat auprès des soignants que j'ai interrogé.

1.5- Déroulement des entretiens

J'ai commencé par réaliser mes entretiens dans le service d'addictologie. Ils se sont déroulés en fin d'après-midi, une fois la plupart des soins effectués. Nous nous sommes assises face à face dans l'infirmierie. Les infirmières sont venues répondre à mes questions les unes après les autres afin de ne pas trop perturber l'organisation du service. Les entretiens ont duré entre 10 et 15 minutes.

J'ai ensuite interrogé, quelques jours plus tard, l'infirmière en psychiatrie, également en fin d'après-midi. Son entretien a duré 20 minutes.

J'ai enregistré chaque entretien avec la fonction dictaphone de mon téléphone portable afin de pouvoir entendre et intégrer chacune de leurs réponses et de faciliter la retranscription écrite par la suite.

Les professionnels ont été très accueillants et disponibles pour me répondre. De réels échanges se sont installés au cours de ces entretiens et j'ai trouvé ces moments très enrichissants.

1.6- Difficultés et facilités rencontrées

La première difficulté que j'ai rencontrée est que j'ai mis beaucoup de temps pour savoir quelle direction je voulais donner à ce travail. En effet, le thème de l'alcool-dépendance est assez peu développé dans le domaine infirmier et il y a énormément de « pistes » qu'il est possible d'explorer.

La seconde difficulté a été que le premier établissement contacté pour mon enquête, qui m'avait répondu positivement, n'a finalement pas donné suite à ma demande malgré mes nombreuses relances. J'ai donc décidé de chercher d'autres établissements dans un laps de temps assez court.

Ma principale facilité a été que les établissements contactés par la suite étaient très intéressés par mon sujet, ce qui m'a finalement permis de pouvoir réaliser mes entretiens rapidement.

1.7- Méthode d'analyse des données

Dans un premier temps, j'ai retranscrit les entretiens par écrit. J'ai ensuite réalisé une grille de dépouillement (Annexe II) sous forme de tableau, avec une colonne horizontale par infirmière. Puis je me suis servie de ce tableau afin de pouvoir faire apparaître les similitudes et les différences entre les réponses pour être en mesure de faire une analyse la plus exhaustive possible.

2- Présentation des résultats et analyse des données

2.1- Choix du service

Tout d'abord, j'ai souhaité interroger les infirmières concernant le choix du service et les raisons qui ont pu les pousser à travailler dans ce secteur.

L'IDE 1 travaille dans un service d'addictologie depuis 1 an. Elle n'a pas choisi ce service plus qu'un autre. Elle a simplement postulé et a été embauchée. Cependant, un stage en alcoologie lors de ses études lui a apporté beaucoup et

cette maladie, ainsi que tous les aspects qui lui sont liés, l'a intéressée.

Les IDE 2 et 4, elles, ont choisi d'exercer dans ce secteur. Elles y travaillent depuis respectivement 8 mois et 11 ans. Pour l'IDE 2 c'est le côté "psychiatrique" qui a motivé son choix, puis elle a apprécié la spécificité et la rareté de la structure en la connaissant mieux. L'IDE 4 a travaillé 2 ans et demi en liaison addictologie avant d'entrer dans la structure. Plusieurs stages durant ses études l'ont beaucoup intéressé. Elle trouve également, qu'en addictologie, le travail infirmier est valorisé grâce aux entretiens à mener, à l'animation des groupes de paroles, etc...

L'IDE 3 exerce dans un service de psychiatrie adulte depuis 6 ans, soit depuis l'obtention de son diplôme d'état infirmier. Elle dit avoir choisi ce service car elle *« apprécie particulièrement la prise en charge addictologique et psychiatrique, qui allie soins relationnels et prise en charge somatique, c'est un accompagnement où le soignant aide le patient à être acteur de sa santé »*.

Lorsque les infirmières m'ont expliqué leur choix d'exercer dans ce type de structure, la notion de relationnel est apparue chez chacune d'entre elles.

En addictologie, comme en psychiatrie, il est bien évidemment important de reconnaître les différents signes somatiques liés à la pathologie (syndrome de sevrage, crise d'épilepsie, délirium tremens...) mais le rôle principal de l'infirmière est d'offrir un accompagnement humain, d'aider le patient à verbaliser sur sa maladie, sur ses angoisses, ses doutes et ses peurs.

Lors de mon stage de six semaines que j'ai réalisé dans un centre d'alcoolologie, j'ai pu constater chaque jour que la présence, l'écoute et l'empathie envers les patients sont des qualités indispensables pour une bonne prise en charge.

2.2- Définition de la maladie alcoolique

Dans un second temps, il m'a semblé judicieux de demander aux infirmières qu'elle était leur définition de l'alcoolisme, cette notion étant un des concepts principaux de ce travail de fin d'études.

Comme nous l'avons vu dans le cadre de référence, l'un des premiers à avoir donné une définition de l'alcoolisme, en France, est Pierre Fouquet en 1951 : « [...] *est alcoolique tout homme ou femme qui a perdu la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool* ».

Dans cette définition, on retrouve la notion de dépendance, de perte de la maîtrise. Lors de mes entretiens, trois infirmières sur quatre, ont utilisé le mot "dépendance" dans leurs réponses. Ceci renvoie aux recherches que j'ai effectuées et détaillées au préalable. Il existe trois niveaux de dépendances : physique, psychologique et sociale. La notion de maîtrise est également très importante. Ces trois infirmières ont employé ce mot ou des synonymes tels que "contrôle" ou "perte de liberté".

La quatrième infirmière interrogée a plutôt mit l'accent sur un comportement pathologique qui consiste à consommer de façon excessive et/ou régulière de l'alcool, afin d'atteindre un sentiment de confort ou de bien être somme toute subjectif.

Deux d'entre elles ont relevé que le terme "alcoolisme" est péjoratif et a été remplacé par "alcoolo-dépendance", elles ont utilisé, en plus, dans leur définition personnelle, le mot "addiction".

De mon point de vue de future professionnelle, je rejoins à la fois la définition de Pierre Fouquet, avec la notion de dépendance et à la fois celle des infirmières sur l'image péjorative que renvoie le mot "alcoolisme".

En effet, lors de mon stage en alcoologie, j'ai pu prendre pleinement conscience que cette notion de dépendance était présente, à différents niveaux, chez chacun des patients que j'ai pu suivre dans le groupe que j'avais intégré.

Leur dépendance physique est, à mes yeux, la plus "marquante". En effet, c'est celle que j'ai retrouvé instantanément à l'entrée des patients. Bien souvent, ils arrivaient en ayant consommé de l'alcool, plus ou moins selon les individus, mais d'une quantité suffisante pour en ressentir les effets. Lors des entretiens d'accueil, je pouvais donc observer leur comportement sous l'emprise de l'alcool, puis, au fil de la journée, les symptômes physiques du sevrage qui commençaient à apparaître :

sueurs, tremblements, nervosité et même crise d'épilepsie.

La dépendance psychologique s'est faite observée plus tard, une fois la cure commencée. J'ai pu assister à toutes les activités, informations sur l'alcool, séances de psychothérapie, du groupe que je suivais. Sur les neuf patients de ce groupe, tous ont exprimé la difficulté psychologique à arrêter de boire. Pour certains, leur accoutumance physique était minime par rapport à leur dépendance psychologique. Beaucoup se servaient de l'alcool pour se donner du courage, se désinhiber, réduire leur anxiété... Il était difficile pour eux d'envisager avoir une vie sans le produit. Ce type de réaction révèle bien la dépendance psychologique liée à l'alcool, et les difficultés pour les malades alcooliques de concevoir un avenir en restant abstinents.

La dépendance sociale se manifeste au niveau de la sphère familiale et de la vie professionnelle. La consommation excessive d'alcool ayant des effets néfastes sur la vie de couple, le rôle parental, certains malades alcooliques s'engouffrent dans un « cercle vicieux » qui va les amener à perdre leur conjoint, leurs enfants, voire leur travail. On parle de la « pyramide des pertes » : perte du permis de conduire, perte du travail, perte du conjoint, perte du logement... Cette idée a d'ailleurs été exprimée lors de l'entretien avec l'IDE 1.

Cette notion de dépendance, avec les trois aspects qu'elle comprend me renvoie à l'image péjorative de l'alcoolisme. En effet, "alcoolisme" est aujourd'hui devenu "alcoolo-dépendance" dans le milieu professionnel. Mais dans le milieu populaire, cela représente toujours une image négative d'une personne qui boit chaque jour, de façon excessive et qui fini "ivre mort", sa bouteille à la main. L'idée qu'il suffit aux alcooliques d'avoir de la volonté pour arrêter de boire reste ancrée dans la société. Lors de ce stage en alcoologie, j'ai pu comprendre l'ampleur de la difficulté pour ces malades de prendre la décision de se soigner. Il s'agit bien d'une maladie complexe et difficile et le chemin vers l'abstinence peut prendre parfois beaucoup de temps.

2.3- Représentations et conséquences dans la prise en charge des malades alcooliques

J'ai ensuite souhaité interroger les infirmières sur les représentations que la maladie alcoolique peut renvoyer selon elles.

J'ai obtenu des réponses diverses et variées. Cependant, le registre des mots choisis par les infirmières est négatif. 100% d'entre elles a confirmé que les représentations sociales de cette maladie sont péjoratives, voire stéréotypées.

L'IDE 1 parle de « *déchéance* », de perte de repères dans la vie. Elle reprend la pyramide des pertes en y ajoutant l'image du sans domicile fixe (SDF) : « *on pourrait penser que les malades alcooliques sont tous des SDF* ».

L'IDE 2 englobe plusieurs dimensions en évoquant la précarité dans un premier temps. Puis elle rappelle que c'est une maladie qui peut être mortelle, qu'elle peut engendrer une diminution des capacités cognitives ainsi que de l'agressivité.

Le thème des représentations renvoie l'IDE 3 à l'isolement social, à la dépression au mal être. Elle parle également du coût important qu'engendre la maladie alcoolique, aussi bien dans son financement pour le malade, que pour les soins qui sont ensuite prodigués de part les conséquences que cela peut causer. Elle a également employé des mots tels que « *dépendance* », « *risque de rechute* », « *origine et culture du patient* ».

Pour l'IDE 4, cela renvoie à des notions essentiellement de souffrances, de violences et même d'incestes.

En mettant en lien mon expérience de stage dans un centre d'alcoologie, mes recherches, mes lectures, les films que j'ai pu visionner et les réponses données par les infirmières, je peux constater que la maladie alcoolique est finalement mal connue.

Tous les professionnels s'accordent à dire que c'est une maladie complexe et difficile à soigner. L'alliance des trois dépendances, les histoires de vies des patients, la peur que cette pathologie répand dans la société et les conséquences qu'elle peut engendrer, tant sur le plan physique, que psychologique, que social, fait que beaucoup d'individus, professionnels compris, n'osent pas rester en contact avec ces

malades particuliers.

C'est pourquoi je me suis interrogée dans un second temps sur les conséquences que les représentations peuvent avoir dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants.

Comme pour les représentations, les réponses des infirmières sur cette question ont été différentes.

L'IDE 1 mentionne que les conséquences peuvent être importantes du fait que c'est une maladie encore taboue et considérée comme honteuse, « *un regard négatif sur les malades alcooliques va se faire ressentir dans la prise en charge de ces patients* ».

L'IDE 2 est plus nuancée dans ses réponses. En effet, elle part du principe que les représentations de chacun sur la prise en charge d'un patient alcoolo-dépendant vont varier. Cependant, les conséquences sont les mêmes car « *nos prises en charge peuvent être bouleversée par nos propres sentiments* ». Elle évoque également que plusieurs cas de figures peuvent être difficiles à gérer, comme la rechute d'un patient ou que celui-ci rappelle au soignant quelqu'un de son entourage. Elle conclue en mentionnant que parfois, face à une peur de l'agressivité, il peut y avoir de la méfiance de la part des professionnels.

L'IDE 3 parle de jugement, d'incompréhension de la part du soignant qui va entraîner un ressenti négatif du patient qui ne va pas l'aider à être acteur de son sevrage, mais plutôt le renvoie à une rechute, voire à un défaut d'implication des aidants.

Les représentations négatives qu'il est possible de rencontrer peuvent entraîner maltraitance et jugement selon l'IDE 4.

Mon travail de recherches sur les représentations des soignants et plus particulièrement des infirmières sur la maladie alcoolique m'a permis de réaliser que le sentiment principal qui s'en dégageait était la peur. Il est également parfois possible de retrouver du mépris, du dégoût ou du désintérêt à l'égard de ces patients, notamment dans les services de soins généraux.

Lors de mon stage en service spécialisé, j'ai pu constater que les

professionnels tentaient de passer outre ces représentations. L'individu est réellement patient. La structure est là pour les aider à se soigner dans un premier temps, mais également à se réinsérer, car beaucoup ont des problèmes familiaux, professionnels ou même judiciaires.

La relation de confiance, l'écoute, les conseils, le programme et les projets de soins individualisés font que les infirmières deviennent des personnes ressources pour les patients. En effet, j'ai pu m'apercevoir que lorsque les patients éprouvaient le besoin de parler, de se confier ou d'exprimer leurs doutes et leurs souffrances, ils se dirigeaient tout de suite vers les infirmières. Ce phénomène a été d'autant plus marquant au sein du groupe que je suivais. Ayant pris en charge les neuf patients du groupe dès leur arrivée, les suivant dans chaque activité ou séance de psychothérapie, j'ai passé beaucoup de temps avec eux durant les cinq semaines de leur cure. De plus, le personnel était habillé en civil et le tutoiement était instauré afin de ne pas créer une "barrière de la blouse blanche" trop importante et ainsi favoriser un environnement propice pour accompagner la relation de confiance.

Tous ces éléments réunis ont fait que, très vite, les patients m'ont considérée comme une professionnelle et ont eu deux approches différentes. Dans un premier temps, ils venaient me voir directement lorsqu'ils leur arrivaient d'avoir des moments de doutes ou de découragement, ou simplement quand ils avaient une question par rapport à leur emploi du temps ou leur traitement. Puis ils ont tenté de me faire voir que l'alcool-dépendance était une maladie bien plus complexe que la société ne le laissait penser.

Tout au long de ce stage, j'ai pu apprendre que même si en tant que professionnel, nous ne sommes pas censés avoir de jugement de valeur, nous n'en restons pas moins des humains et que certains de nos comportements peuvent avoir des effets négatifs sur la prise en charge des patients, notamment des malades alcooliques. Cette idée m'a été confirmée lors de mes entretiens avec les infirmières, qui, à l'unanimité, ont admis que les représentations que nous avons peuvent entraîner des conséquences péjoratives, voire dramatiques dans la prise en charge de ces patients.

2.4- Formations

Pour terminer ces entretiens, j'ai souhaité demander aux infirmières si elles avaient reçu une ou plusieurs formations afin d'exercer dans ce type de service, ainsi que leur avis sur l'utilité d'en recevoir une.

Trois infirmières sur quatre, soit 75% de l'échantillon interrogé, n'a pas reçu de formation spécifique avant de travailler dans les services.

La quatrième infirmière a reçu une formation en alcoologie de cinq jours puis une formation à la relaxation. Elle a ensuite suivi un programme de deux ans sur l'entretien infirmier dans ce type de secteur qui l'a beaucoup aidée.

Toutes sont d'accord sur le fait qu'une formation peut être utile voire nécessaire avant de travailler dans un service prenant en charge des patients alcoolo-dépendants, qu'il soit spécialisé ou non.

L'IDE 1 pense que cela permettrait une meilleure prise en charge de ces patients.

L'IDE 2 rejoint ce point de vue en y ajoutant que les traitements et prises en charges sont actualisés régulièrement et qu' « *il est bon pour chacun de revoir ses bases* ». Elle précise également qu'un diplôme universitaire en addictologie existe depuis plusieurs années.

L'IDE 3 met l'accent sur le fait qu'une formation peut permettre d'éviter certaines erreurs de jugement et ainsi apporter une meilleure compréhension du patient.

Pour l'IDE 4, « *la formation me paraît nécessaire, pour comprendre au mieux le patient, voir les enjeux et éviter les transferts qui sont peut être plus faciles avec un addict* ».

Au regard des réponses apportées par les infirmières interrogées, des observations que j'ai réalisées en stage en alcoologie ainsi que sur d'autres terrains de stage et de mes recherches, il semble indispensable que chaque professionnel ait

l'opportunité de suivre une ou plusieurs formations concernant la maladie alcoolique. Que se soit par rapport à la prise en charge des patients atteints de cette pathologie, des représentations de celle-ci dans la société, des conséquences que cela peut engendrer ou sur son fonctionnement, il est possible d'émettre l'hypothèse que si chaque soignant pouvait recevoir ce type de formation, la prise en charge des patients alcoolo-dépendants serait améliorée dans n'importe quel service de soins et les représentations sociales attribuées à cette maladie pourraient évoluer.

IV- Synthèse

Ayant terminé l'analyse des données recueillies au cours de mes entretiens, je vais désormais pouvoir présenter une synthèse de mon travail.

Mais avant tout, il me semble important de rappeler ma question de départ afin d'en visualiser l'avancement : *Quel impact peut avoir la représentation qu'à l'infirmière de l'alcoolisme sur la prise en charge d'un patient alcoolo-dépendant ?*

Mes recherches documentaires, mon expérience en tant qu'étudiante dans un centre d'alcoolologie et l'enquête exploratoire menée m'ont permis de me rendre compte que l'alcool et l'alcoolo-dépendance ont des représentations particulières. Dans une société où "boire ensemble" est considéré comme un plaisir, comme une convivialité, comme un partage ; l'image que les malades alcooliques renvoient dans cette même société est à l'opposée de toutes ces illustrations. Pourtant, l'alcoolo-dépendance est une maladie très fréquemment rencontrée. Dans le milieu professionnel, chaque soignant peut être en contact avec des patients atteints de cette pathologie, de part les nombreuses conséquences que celle-ci peut entraîner.

Le principal problème reste finalement celui de la prise en charge de ces patients dans les services de soins, qu'ils soient généraux ou spécialisés. Les infirmières sont unanimes sur le fait qu'il est indispensable de recevoir une formation spécifique avant de commencer à exercer dans un secteur d'addictologie afin que la prise en charge de ces patients soit la plus impartiale possible. En effet, il est très

facile de tomber dans le jugement, les contre-attitudes, les représentations négatives et stéréotypées que renvoie la maladie alcoolique et, de ce fait, que la prise en charge des patients alcoolo-dépendant soit altérée. Cette affirmation, est, à mon sens, également vraie en ce qui concerne les services de soins dits "généraux".

Dans les services de soins spécialisés, la prise en charge est différente car les patients viennent dans ces structures pour tenter de comprendre et de traiter le fond de leur pathologie. Ils cherchent à en connaître l'origine, à savoir quand et pourquoi cela a commencé, comment ils en sont arrivés à s'alcooliser de plus en plus... Même si les professionnels de ces terrains, en particulier les infirmières, ne sont pas toujours formés théoriquement, l'expérience du terrain, l'observation des collègues et les recherches qu'il est possible de faire soi-même font que la prise en charge de ces patients est particulière. Les qualités humaines, l'écoute, la disponibilité et tous les outils mis à la disposition des soignants tel que l'entretien, par exemple, aident les patients dans leur long chemin vers l'abstinence, car ils se sentent soutenus et en confiance.

Ce travail a fait naître en moi de nouvelles interrogations de part les échanges que j'ai eus avec les infirmières lors des entretiens réalisés, ainsi que part les recherches et les lectures faites tout au long de l'élaboration de ce mémoire de fin d'études. Quel est le meilleur moyen à mettre en œuvre afin de former les soignants sur la pathologie de l'alcoolo-dépendance ? Quelles sont les représentations concernant les autres dépendances, que se soit à un produit ou à un comportement ?

J'en ai ainsi abouti à la question de recherche suivante : est-il nécessaire de systématiser la formation des infirmières concernant l'alcoolo-dépendance afin de tendre vers une prise en charge plus exhaustive ?

V- Conclusion

Ce travail de fin d'études m'a permis de mettre en évidence les différentes représentations liées à l'alcool, à la maladie alcoolique ainsi que l'importance du rôle infirmier dans un service de soins spécialisés. L'infirmière va avoir une relation privilégiée avec les patients. Une réelle relation de confiance va se créer et ce contact est au cœur de la prise en charge.

Ce cheminement m'a également permis d'approfondir d'avantage mes connaissances sur la pathologie et sur le rôle qu'à l'infirmière auprès de ces patients. Cela a enrichi et complété mon identité professionnelle et ainsi amélioré ma pratique infirmière.

Les différentes informations recherchées, les entretiens menés avec les infirmières et mon stage effectué en centre d'addictologie spécialisé dans l'alcoolodépendance m'ont amenée à la conclusion suivante : la relation d'aide est un soin à part entière et les représentations négatives liées à la maladie alcoolique peuvent avoir de lourdes conséquences dans la prise en charge des patients. Le patient est amené à se centrer sur lui-même lorsqu'il est hospitalisé. Il est donc important pour lui, et dans le processus de soins, qu'il puisse avoir une relation privilégiée avec des professionnels, comme les IDE, dénués de tout jugement ou dévalorisation.

Ce travail, combiné aux entretiens, au stage réalisé, aux différents travaux et aux cours reçus lors de ma formation n'ont fait que confirmer mon choix d'exercer dans un service d'addictologie une fois le diplôme d'État obtenu.

Bibliographie

Revue

Dr WALLENHORST T, Dr CORNET J, LIETCHI N. Comment le changement s'opère-t-il chez l'alcool-dépendant ? *Alcoologie et addictologie*. Septembre 2010, tome 32, n°3. Page 238.

Ouvrages

BATEL Philippe et NEDELEC Serge. *Alcool : de l'esclavage à la liberté*. Editions DEMOS, Paris, 2007. 266 pages.

TOUBIANA Eric-Pierre. *Addictologie clinique*. Editions PUF, Paris, mars 2011. 784 pages.

DESCOMBEY Jean-Pierre. *Précis d'alcoologie clinique*. Editions DUNOD, Paris, 1994. 350 pages.

BARRUCAND Dominique. *Manuel d'alcoologie*. Editions RIOM LABORATOIRES – CERM, France, 1986 – 1987.

ANCEL P. et GAUSSOT L. *Alcool et alcoolisme, pratiques et représentations*. Editions L'HARMATTAN, Paris, 1998, 237 pages.

CHARPENTIER Laure. *Toute honte bue, l'alcoolisme au féminin*. Editions FRANCE LOISIRS, Paris, 1981, 174 pages.

Internet

Organisation Mondiale de la Santé, *Centre des médias*. Disponible sur http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/alcohol_20110211/fr/index.html, consulté le 17 avril 2013.

Services, D (s.d.). Prévenir et manager le risque d'alcool. Consulté le 17 avril 2013.

Disponible sur <http://www.ds-services.fr>

Psychoweb, *Représentations sociales : définition*. Disponible sur <http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/128-representations-sociales-definition.html>, consulté le 21 avril 2013.

ELSA. (s.d.). Disponible sur <http://elsafrance.e-monsite.com/pages/qui-sommes-nous.html>, consulté le 20 avril 2013.

Alcool info service. Disponible sur <http://www.alcoolinfoservice.fr>, consulté le 20 avril 2013.

Autres sources

MUNIER Michèle, *Lettre à l'entourage de nos patients*, Létra.

Conférence du Dr. GONNET, Létra, 2012.

MUNIER Michèle, *Info dépendance*, Létra.

Dictionnaire, Larousse Bordas, Paris, 1998.

L'Apologie, Chanson du groupe français Matmatah, album : *La Ouache*, 1998.

Résumé : Alcoolo-dépendance, ce mal méconnu

Contexte

L'alcoolo-dépendance est une addiction repérée et reconnue depuis de nombreux siècles. Appelée "alcoolisme" lorsqu'elle a été découverte, cette pathologie a ensuite pris le terme "d'alcoolo-dépendance" ou encore de "maladie alcoolique".

Plus qu'une dépendance anciennement identifiée, elle est aujourd'hui de plus en plus répandue. La Haute Autorité de Santé évalue à deux millions le nombre de malades alcooliques.

Objectif

Les représentations sociales concernant cette pathologie sont nombreuses. La forte réprobation sociale "condamne" et enferme les malades alcooliques dans des stéréotypes en empêchant la société de les considérer comme souffrants. L'alcoolo-dépendance reste perçue comme une tare ou un vice aux yeux de la population. Les professionnels de santé n'échappent pas à ces représentations ; il peut être difficile d'appréhender la maladie sans jugement de valeurs et de ne pas se laisser influencer par des idées reçues. Alors, quel impact peut avoir la représentation qu'a l'infirmière de l'alcoolisme sur la prise en charge d'un patient alcoolo-dépendant ?

Méthode

La méthodologie utilisée pour tenter de répondre à cette problématique a été l'entretien. Ils ont été au nombre de quatre dans deux services différents, auprès d'infirmières diplômées d'État ayant des expériences différentes. Trois des infirmières interrogées exercent en service d'addictologie et une travaille en psychiatrie adulte.

Résultats

Il ressort de l'enquête que deux infirmières sur trois ont choisi de travailler en addictologie. 100% d'entre elles a confirmé que les représentations sociales concernant l'alcool-dépendance sont péjoratives, voire stéréotypées. De même, elles s'accordent toutes pour dire que ces représentations peuvent avoir des répercussions défavorables sur la prise en charge des malades alcooliques.

75% de l'échantillon interrogé n'a pas reçu de formation avant d'exercer auprès de ces patients, mais 100% pense que cela est nécessaire, voire indispensable.

Discussion / conclusion

Même si l'alcool a une connotation chaleureuse dans notre société, dès que cela commence à devenir un "problème" pour certains individus, les représentations changent. Les soignants devant assurer la prise en charge des malades alcooliques peuvent parfois être emprunt de ces représentations négatives et leur prise en charge peut en être altérée. La formation peut être un début de solution à ceci de part une meilleure connaissance de la maladie alcoolique.

Mot- clefs

Alcoolisme, Alcool-dépendance, Représentations sociales, Prise en charge infirmière, Formation.

(374 mots)

Abstract: Alcohol-dependence, this unknown evil

Background

The alcohol dependence is an addiction identified and recognized for many centuries. Called "alcoholism" when it was discovered, it is now known "alcohol dependence" or even "alcoholic disease".

More than dependence formerly identified, it is now more common. The High Authority of Health estimates that two million the number of alcoholics.

Objective

Social representations on this disease are numerous. Strong reprobation "condemn" and encloses the alcoholic patients in stereotypes and prevents society to regard them as suffering. The alcohol dependence is seen as a flaw or defect in population things. Health professionals are not immune to these representations, it can be difficult to understand the disease without value judgment and not be affected by conventional ideas. So what impact can have the representation of alcoholism on the management of alcohol-dependent patients for the nurse ?

Method

The methodology used to solve this problem was preventing. They were four in two different services, with nurses State graduates with different experiences. Three of the nurses work in addiction service and the other one in adult psychiatry service.

Results

Two of three nurses chose to work in addiction. 100% of them confirmed that

social representations concerning alcohol dependence are negative or stereotypical. Likewise, they all agree to say that these representations can have bad impact on the management of alcoholic patients.

75% of sample interviewed did not receive formation for exercising with these patients, but all think it is necessary, even essential.

Conclusion

Although alcohol has a warm connotation in our society, as soon as it starts to become a "problem" for some individuals, representations changes. Caregivers to ensure the management of alcoholic patients can sometimes be borrowing these negative representations and their support can be altered. Formations can be an pre-solution to this by a better understanding of the disease of alcoholism.

Keywords

Alcoholism, Alcohol dependence, social representations, Nursing Management, Formation.

(307 words)