

DEVIGNE Emmanuelle
Promotion 2019-2022

Mémoire de fin d'études

UE 5.6.S6 – Analyse de la qualité
et traitement des données scientifiques et professionnelles



<https://www.medi-sphere.be/fr/congres/autres/stigmatisation.html>

ALCOOLISME : LE SOIN À L'ÉPREUVE DES REPRÉSENTATIONS

Date de rendu : 23 mai 2022

Directeur de mémoire : M. Hervé GADY

Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel, il ne peut faire l'objet d'une publication,
en tout ou partie, sans l'autorisation de son auteur. »

REMERCIEMENTS

On aide plus un être en lui donnant de lui-même une image favorable qu'en le mettant sans cesse en face de ses défauts.

(Albert Camus, Carnets II)

Pour cela surtout, je remercie Monsieur Hervé Gady. Merci à lui pour sa disponibilité, sa guidance patiente et bienveillante, pour m'avoir (souvent) redonné le cap et (encore plus souvent) remonté le moral, pour son humour presque aussi grand que ses connaissances, pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter au sujet qui me tenait à cœur... bref pour avoir rendu ce mémoire bien moins mauvais qu'il ne l'aurait été sans son aide !

Merci à ma maman, pour ses encouragements et pour m'avoir transmis le goût de l'effort en même temps que celui des sciences (para)médicales ; à ma fille Marie pour avoir toujours cru en moi ; à mon frère Benjamin pour son assistance technique de dernière seconde et à mon binôme Marie pour sa présence à mes côtés durant ces trois années, dans les pires comme dans les meilleurs moments.

Merci enfin aux professionnelles qui ont pris le temps de m'accorder un entretien d'avoir apporté leur pierre à mon édifice, en me parlant avec sincérité de leur pratique et de leurs ressentis ; et à tous mes patients, alcooliques ou non, pour m'avoir accordé leur confiance et m'avoir tant appris.

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Situation d'appel et questionnement	2
2.1.	Situation d'appel	2
2.2.	Questionnement	5
3.	Question de départ.....	6
4.	Argumentation du cadre de référence	7
4.1.	L'alcool et l'alcoolisme	7
4.2.	Les représentations	11
4.3.	La stigmatisation	14
5.	Enquête exploratoire.....	17
5.1.	Population cible	17
5.2.	Mode opératoire.....	17
5.3.	Recueil de données.....	17
5.3.1.	Les représentations soignantes du malade alcoolique	18
5.3.2.	La formation reçue par le soignant	18
5.3.3.	L'expérience professionnelle et/ou personnelle.....	18
5.3.4.	Les aides à la prise en charge.....	19
5.3.5.	Caractéristiques du soignant interviewé.....	19
5.4.	Analyse des données	19
5.4.1.	Analyse des résultats du test d'association de mots	20
5.4.2.	Analyse thématique et séquentielle des entretiens	23
5.5.	Analyse critique de l'enquête exploratoire.....	44
6.	Problématique	46
7.	Question de recherche	47
8.	Conclusion	48
9.	Bibliographie.....	50
	Annexes	I

1. Autorisation de diffusion du travail de fin d'études	I
2. Drogues, Chiffres Clés – 8 ^{ème} édition – Juin 2019	II
3. Autorisations d'enquête	III
3.1. Demande d'autorisation d'enquête	III
3.2. Autorisation d'enquête.....	IV
4. Guide d'entretien	V
4.1. Les représentations du malade alcoolique	V
4.2. La formation.....	V
4.3. L'expérience professionnelle / personnelle.....	V
4.4. Les aides à la prise en charge.....	V
4.5. Caractéristiques du soignant interrogé	V
5. Retranscription des entretiens.....	VII
5.1. Entretien n° 1	VII
5.2. Entretien n° 2	XII
5.3. Entretien n° 3 (<i>Focus group</i> avec 2 infirmières).....	XVI

1. Introduction

L'alcoolisme, en tant que consommation d'alcool suffisamment importante pour nuire à la santé de l'individu et, éventuellement, être cause de dommages tant pour lui que pour son entourage, constitue encore aujourd'hui un grave problème de santé publique en France, traditionnel pays du « bien-boire ». Il y représente la deuxième cause de décès évitables. Les résultats rassemblés dans le périodique *Drogues, Chiffres Clés* de juin 2019 (Annexe 2, p. II), reposant sur les travaux de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et ceux d'autres organismes impliqués dans ce champ d'étude, mettent en évidence qu'en France métropolitaine, parmi les 11-75 ans, 9 millions de personnes consomment régulièrement de l'alcool et 5 millions sont consommateurs quotidiens. Dans la tranche des adultes de 18 à 75 ans, 10,6 millions d'individus déclarent des consommations supérieures aux recommandations sanitaires. Jean Maisondieu remarquait déjà en 2014 que buveurs excessifs et buveurs dépendants « [...] *représentent l'ensemble de ceux que l'on appelle des alcooliques, soit environ quatre millions de personnes dont l'espérance de vie est sensiblement réduite et qui ont besoin de soins et d'aides variées du fait des atteintes de leur organisme provoquées par l'alcool et des incapacités qui en résultent* » (Maisondieu, 2014, p. 10).

Ces chiffres catégorisent clairement l'alcoolisme comme une pathologie fréquente, touchant toutes les catégories sociales. Néanmoins, l'arrivée d'une personne alcoolique dans un service hospitalier, quel qu'il soit, a toujours suscité chez moi un profond étonnement. Non pas vis-à-vis de cette personne, mais concernant la façon dont les soignants dans leur ensemble peuvent l'appréhender. De façon quasi-systématique, il semble y avoir un écart notable entre la personne elle-même et les représentations qu'elle suscite : le soignant – et, au-delà du soignant, probablement la population d'une manière générale – paraît avoir une vision très globalisante de l'alcoolique, composée de traits généraux communs à tous et faisant abstraction de la singularité de chaque malade. Cette représentation, dans l'ensemble négative et basée sur des critères médicaux tels que l'addiction, les pathologies et les comportements qui s'y rapportent, ne prend pas en compte la personnalité du patient, ni rien de tout ce qui pourrait avoir une influence sur sa volonté comme son histoire de vie, d'éventuels troubles psychiques ou une incapacité à assumer son existence telle qu'elle est – voire à s'assumer lui-même tel qu'il est.

Le corollaire de cette représentation, qui fait de l'alcoolique un patient à part, semble être une prise en charge elle aussi particulière. Du défaut d'écoute de la parole du soigné à la mauvaise interprétation (voire l'absence d'interprétation) des résultats d'examen, les signes de cette différence de traitement abondent. On peut donc s'interroger sur les raisons de ce qui semble être une forme de discrimination. En quoi cette pathologie ferait-elle d'eux des patients tous semblables entre eux

mais différents des autres ? À première vue, il s'agit pourtant de patients au même titre que les autres, si l'on se fie à la définition de ce terme donnée par le *Dictionnaire de l'Académie de médecine* : « *Personne qui souffre de troubles physiques ou mentaux qui le conduisent à consulter un médecin* ». Il semblerait donc que les représentations qu'ont les soignants des malades alcooliques les placent en situation d'exception, avec pour conséquence une différence de prise en charge, sans doute peu compatible avec le principe d'égalité de traitement entre les patients.

En premier lieu, nous décrirons la situation d'appel, en rapport avec la problématique alcoolique, les représentations qu'elle évoque auprès du personnel hospitalier et les particularités de prise en charge qui semblent en découler. Nous détaillerons ensuite le questionnement induit par cette situation et la question de départ qu'il suscite. Le cadre de référence explorera les thématiques principales en lien avec cette question : d'une part, après avoir précisé ce que désigne actuellement le terme « alcoolique », nous chercherons à comprendre comment se construisent les représentations en œuvre actuellement chez les soignants concernant les personnes alcoolodépendantes afin de vérifier si notre première impression correspond ou non à une réalité ; d'autre part, nous tenterons de savoir si cette représentation – qui fait des alcooliques des malades tous semblables entre eux mais différents des autres malades – peut avoir un impact sur leur prise en charge, quel que soit le motif de leur hospitalisation. Il sera donc question ici de stigmatisation, « *situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société* » (Goffman, 1975, p. 7). Dans le cas où cette vision stéréotypée serait bien partagée au sein du monde soignant, on peut se poser la question de son impact potentiel sur l'égalité des soins pour tous, mais aussi sur la qualité des soins apportés à ces personnes en particulier. Nous proposerons ensuite une enquête exploratoire, dont les résultats seront confrontés aux connaissances acquises lors de l'étude des ouvrages choisis comme cadre de références, ce qui permettra une problématisation conduisant à une question de recherche. Le fil conducteur, à toutes les étapes, sera le souci d'accorder au mieux les pratiques de terrain avec l'idée que nous nous faisons du soin, d'un point de vue éthique, déontologique, juridique et finalement, tout simplement humain.

2. Situation d'appel et questionnement

2.1. Situation d'appel

La situation observée s'est déroulée au sein d'un service de médecine polyvalente comportant un secteur ambulatoire avec une activité de chimiothérapie et transfusion en hôpital de jour, deux lits dédiés aux soins palliatifs et jusqu'à quatre lits en addictologie.

Deux semaines avant la fin de mon stage, j'apprends lors de la relève qu'un nouveau patient a intégré le service, après un bref passage aux Urgences. On me décrit un monsieur de soixante-deux

ans, sans pathologie ni antécédents particuliers hormis son « alcoolisme », hospitalisé à la suite d'une chute dans l'escalier de son domicile alors qu'il avait bu. Les conséquences notables de cet accident consistent en diverses plaies cutanées dont un scalp de taille assez importante au niveau de la plante du pied gauche et un autre au niveau du coude droit, ainsi qu'un large hématome à la hanche droite. Les Urgences ont procédé à un bilan sanguin, effectué plusieurs radiographies dont une de la hanche et posé une voie veineuse périphérique avant de le transférer en service de Médecine. L'infirmière poursuit sa relève en expliquant que ce monsieur est autonome pour ses soins d'hygiène et qu'il doit être vu ce jour par l'addictologue du service, puisqu'il est alcoolique, dans l'objectif de lui proposer un sevrage, d'organiser sa prise en charge et de décider du traitement approprié. Un coup d'œil au tableau d'affichage de l'occupation des chambres me le confirme : un gros « OH » rouge est inscrit à côté du nom du patient.

Pour ce qui est de l'histoire de vie de ce patient, il s'agit d'un ancien ouvrier du bâtiment, à la retraite depuis quelques années. Il est marié et père de cinq enfants, eux-mêmes en couple et parents mais dont la plupart a emménagé dans d'autres régions de France. Il exprime le sentiment d'ennui et d'inutilité qu'il ressent depuis l'arrêt de son travail, qui lui permettait d'effectuer de nombreux déplacements et de partager de bons moments avec ses collègues de longue date. Cette situation le conduit à regretter d'autant plus la séparation géographique d'avec ses enfants, et plus particulièrement ses petits-enfants avec lesquels il échange dès qu'il en a l'occasion en visioconférence sur son téléphone portable.

Lors de la distribution des traitements, je découvre un homme discret, visiblement très embarrassé d'être là. Il confirme pouvoir se débrouiller seul pour la toilette, l'habillage et les repas, mais se plaint de douleurs à la hanche, contre lesquelles du Doliprane lui est donné. Le médecin addictologue lui prescrit des anxiolytiques ainsi qu'un mélange de vitamines (B1, PP, B6, B9 et B12) et prévoit de refaire le point avec lui la semaine suivante. À cette occasion, j'ai demandé comment se passait l'accord entre addictologue et patient, s'il existait un protocole, etc. Il m'a été répondu que les patients acceptaient le sevrage le temps de la guérison de leurs plaies et contusions, puisqu'ils ne pouvaient pas boire dans le service. Mais qu'ils partaient toujours dès qu'ils étaient physiquement guéris... « impatients qu'ils étaient de pouvoir recommencer à boire, bien sûr ! » Ce patient ne faisant pas partie du secteur dont j'avais la charge, ce sont les aides-soignantes qui, en accord avec l'infirmière, passent quotidiennement stimuler ce patient autonome – « mais visiblement peu enclin à se rendre sous la douche » selon les soignantes du service – à effectuer ses soins d'hygiène. Le monsieur se justifie en mettant en avant la difficulté de se déplacer et de se doucher avec, notamment, le pansement au pied et il évoque surtout sa douleur de hanche. Il finit néanmoins par obtempérer.

Un peu avant la fin de la première semaine, un médecin vacataire nous a informés, après avoir regardé les radiographies de divers patients dont celles de ce monsieur, qu'il avait à son arrivée une fracture non déplacée de la crête iliaque. Heureusement, cette fracture n'appelait pas de traitement chirurgical ni d'immobilisation particulière. Mais l'ensemble du personnel du service a regretté, rétrospectivement, d'avoir insisté autant pour que le patient se rende sous la douche dès les premiers jours. Pour ma part, j'ai ressenti un certain malaise à l'idée que ce monsieur ait pu être suspecté de manquer d'hygiène et de bonne volonté alors qu'il exprimait pourtant sa douleur de façon très claire.

La plupart du temps, c'est moi qui m'occupais des pansements et des traitements de ce patient. En effet, l'infirmière qui était le plus souvent en service m'avait confié « avoir un problème avec ces gens-là ». Elle considérait que les patients alcooliques n'attendaient qu'une chose : sortir de l'hôpital pour pouvoir boire à nouveau et que, par conséquent, « ils n'avaient rien à se dire ». J'ai alors pensé qu'effectivement, les patients alcooliques semblaient être les patients dont on parlait le plus mais à qui l'on parlait le moins... Mentionnant un autre patient alcoolique qui avait pu bénéficier d'une greffe de foie, l'infirmière m'a fait part de son incompréhension : « Le don d'organe, c'est important. Je ne vois pas pourquoi en gâcher un pour quelqu'un qui va immédiatement le bousiller à nouveau ». Compte tenu de l'évidente mauvaise volonté des « ces gens-là » à se soigner et le plaisir qu'ils avaient, manifestement, à s'autodétruire, elle m'a demandé de le prendre en charge lorsque j'étais en service. Elle fut bientôt rejointe dans cette demande par d'autres collègues partageant la même opinion. De fait, personne à part moi n'a jamais échangé avec ce monsieur, en dehors des quelques mots indispensables aux soins quotidiens... et a fortiori il n'a jamais été question d'alcool ni d'alcoolisme, sauf sans doute lors de l'unique visite de l'addictologue.

Un jour, un médecin vacataire est passé faire sa visite alors que je conversais avec le patient à l'issue d'un soin de pansement. Ce dernier commençait à se livrer un peu sur les difficultés de son existence, les changements induits par sa mise à la retraite, le départ des enfants, ses nombreux petits-enfants qu'il aime beaucoup mais qu'il voit peu, etc. En sortant de la chambre, le médecin m'a dit avec un sourire amusé que c'était une très bonne chose d'être toujours empathique et positive ! En revanche, il ne fallait pas que je continue à vouloir sauver le monde, car le monde n'avait pas envie d'être sauvé... et particulièrement les alcooliques, qui n'avaient besoin ni de moi, ni de leur femme, ni de quiconque : ils avaient uniquement besoin de leur bouteille. Ce à quoi j'ai répondu qu'avant d'avoir besoin de leur bouteille, ils avaient probablement eu besoin d'autre chose qu'ils n'avaient pas trouvé, mais nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion de terminer la conversation ainsi engagée.

Le patient est sorti avant la fin de la deuxième semaine, à sa demande et avec l'appui de celle de son épouse. Il était physiquement « retapé » et disait se sentir très bien. Alors qu'il quittait le service, accompagné par sa femme, le médecin vacataire avec qui j'avais eu un début d'échange de points de vue a glissé à l'épouse qu'il fallait qu'elle le laisse tranquille, qu'il était grand et capable de s'assumer tout seul. Elle a acquiescé, elle le savait très bien ! Depuis, je n'ai eu aucune nouvelle de ce monsieur.

2.2. Questionnement

La prise en charge de ce patient, accueilli en raison de lésions traumatiques survenues lors d'un accident domestique, suscite diverses interrogations.

S'il est clair qu'il est indispensable de tenir compte de la pathologie alcoolique d'une personne afin de lui proposer des soins adaptés (aide au sevrage, surveillance et prévention du risque de *delirium tremens*, substitution de l'alcool par du mannitol pour les pansements, etc.), il semble que dans le cas décrit cette pathologie ait primé sur beaucoup de choses, pour ne pas dire sur tout le reste. Un peu comme si le « statut » d'alcoolique suffisait à lui seul à définir le patient, à déterminer ses besoins et à élaborer le plan de soins.

Tout d'abord, concernant les relations patient-soignants, personne n'a vraiment pris la peine de faire connaissance avec ce monsieur. Est-ce parce l'alcoolisme définit suffisamment bien celui qui en souffre qu'on n'a plus besoin de savoir quoi que ce soit de plus à son sujet ? Qu'aucune autre information n'était nécessaire à sa prise en charge ? Le plus surprenant est que malgré cette méconnaissance du patient, la plupart des soignants pensaient savoir quelles étaient ses intentions – sortir au plus vite pour boire – et que sa motivation à arrêter de boire était bien faible – puisqu'il faisait tout pour s'autodétruire. Non seulement on ne lui pose presque aucune question (le minimum pour remplir le dossier patient), mais en plus tout le monde semble savoir d'emblée ce que pense ce monsieur et quel va être son comportement. En définitive, on le maintient dans un isolement qui majore son mal-être...

Outre le fait que le personnel soignant ne se soit pas intéressé à la personnalité ni au contexte de vie du patient, il semblerait que sa radiographie de hanche n'ait pas été interrogée non plus. On peut ici aussi se demander la raison de cet oubli. Ceci ajouté aux incitations insistantes à se lever pour prendre une douche, en dépit des plaintes du monsieur qui exprimait une douleur à la hanche, conduit à se demander si les atteintes physiques pourtant bien réelles n'auraient pas été occultées, dans l'esprit des soignants, par la maladie alcoolique à laquelle tout pouvait être imputé.

Ne pas parler au patient de sa pathologie addictive revient à ne pas s'intéresser à la cause première de l'accident, comme on le fait pourtant de façon habituelle pour tous les autres patients afin

notamment d'évaluer et de limiter les risques de récurrence. L'alcoolisme semble donc ne pas être considéré comme une véritable maladie, qui comporte des risques directs (pathologies hépatiques, nerveuses, circulatoires...) mais aussi indirects liés aux comportements en phase d'alcoolisation. Il serait utile de comprendre en quoi la particularité de la maladie alcoolique impacte la prise en charge des patients au travers des représentations qu'elle suscite chez les soignants.

Quelle perception peuvent avoir les soignants de la personne alcoolique, pour que leur attitude professionnelle soit aussi différente de celle qu'ils adoptent avec les patients « non-addictés » ? Les soignants considèrent-ils le malade alcoolique comme un malade « différent », qu'il faut prendre en soin de façon différente ? Cette perception a-t-elle un impact sur la prise en charge et pourrait-elle faire courir un risque au patient ? Au-delà de la stricte prise en charge médicale et paramédicale, quelle image les représentations soignantes lui renvoient-elles de lui-même ? L'alcoolique ne se comporterait-il pas en fonction de l'image qu'il croit donner de lui, image qui lui est inculquée et renvoyée par son environnement ?

3. Question de départ

La prise en charge décrite dans cette situation amène en définitive à se questionner sur les représentations soignantes vis-à-vis des malades alcooliques, puisque c'est bien sur la base de leurs représentations que ces professionnels semblent orienter leur prise en soins dès l'arrivée de ces patients, avant même que tout échange ait pu avoir lieu : de la personne, on ne sait rien... sinon qu'elle boit.

Même si les représentations sont indispensables en tant que discours collectifs révélateurs de la façon d'appréhender la maladie issue de notre culture, elles ne doivent pas faire perdre de vue que tout patient doit être traité avec le respect qu'impose sa condition humaine, ni la nécessité d'une prise en charge globale comportant, dans le cas présent, la prise en compte donc la compréhension de ses problèmes de santé, incluant l'intégralité de ses pathologies, y compris la maladie alcoolique.

Il y a sans doute plusieurs raisons pouvant expliquer que des représentations aussi caricaturales existent : désintérêt pour cette pathologie (voire ignorance du fait qu'il s'agit bien d'une pathologie), absence de formation, poids des stéréotypes véhiculés par le milieu culturel, familial... Mais quelles qu'en soient les raisons, nous pouvons nous demander si l'existence de telles représentations a une influence sur la façon dont les soignants prennent en soin les malades atteints d'alcoolisme. A priori, le non-jugement et la prise en compte de l'intégralité des besoins du patient devraient être à la base de la relation soignant-soigné. Or, nous pouvons supposer au vu de la situation décrite que cela n'est pas toujours le cas mais qu'à l'inverse, la prise en charge des patients alcooliques est fortement orientée par les représentations qui circulent parmi le personnel soignant.

Une question demeure donc, qui nous servira de question de départ :

« En quoi les représentations soignantes vis-à-vis des personnes alcooliques ont-elles un impact sur la prise en soins de ces patients ? »

4. Argumentation du cadre de référence

4.1. L'alcool et l'alcoolisme

L'alcool, dont la fabrication et la consommation remontent à l'Antiquité et peut-être même avant, est depuis longtemps et reste encore aujourd'hui un produit phare de l'industrie française. Vin d'honneur, pot de l'amitié et tournée sont toujours à l'heure actuelle considérés comme des valeurs nationales. Cependant, vu sous un angle plus médical, ce produit festif n'en demeure pas moins un psychotrope, c'est-à-dire un produit qui agit sur l'état du système nerveux central en modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux, qui possède accessoirement la capacité d'induire des phénomènes de dépendance, ainsi qu'une éventuelle toxicité. C'est davantage de ce point de vue qu'il est considéré actuellement lorsqu'il est question d'alcoolisme. Mais pas seulement, car son statut de produit traditionnel français, inscrit depuis toujours dans nos traditions, en fait l'anxiolytique le plus accessible du marché en raison de la légalité de son commerce, d'une consommation très largement répandue dans toutes les franges de la population et d'un prix très abordable. Cette particularité fait que l'alcoolique, contrairement au toxicomane contraint de s'approvisionner via des circuits détournés et illégaux, dispose des mêmes fournisseurs que le citoyen lambda, autrement dit une grande majorité de la population qui prétend boire de façon raisonnable. On entrevoit déjà ici l'imprécision de la frontière entre ce qui serait raisonnable et ce qui ne le serait pas. De même que l'on soupçonne que tout un chacun a une idée assez précise des motivations qui peuvent conduire un individu à recourir à l'alcool, même si ce sujet est pudiquement évoqué. Les comportements addictifs étant largement répandus, la dénomination « alcoolique » permet d'ailleurs à de nombreux soignants de marquer une distance avec leurs propres comportements.

L'étude du *Traité d'addictologie*, sous la direction de Michel Reynaud¹, fournit un aperçu de l'historique des conduites d'alcoolisation ainsi que plusieurs définitions et classifications de l'alcoolisme. En effet, afin de pouvoir étudier les représentations soignantes concernant la personne alcoolique, il semble important de tenter de comprendre ce que l'on entend aujourd'hui derrière le terme « alcoolisme », créé par Magnus Huss il y a plus d'un siècle et demi alors qu'on ne parlait jusqu'à cette époque que d'« ivrognerie », due à l'intempérance du buveur. « *Être alcoolique est-ce*

¹ Michel Reynaud (1950-2020) : Psychiatre et addictologue français, professeur des universités, praticien hospitalier qui a travaillé à structurer l'addictologie comme discipline en France.

trop boire ? Où est le trop ? Mal boire ? C'est-à-dire dévier l'alcool de ses usages conviviaux et sociaux ? Souffrir physiquement et psychiquement de boire ? Ne plus pouvoir ne plus boire ? » (Reynaud, Karila, Aubin, & Benyamina, 2006, p. 307).

Les auteurs ayant contribué à ce Traité cherchent à définir l'alcoolisme en termes quantitatifs, mais aussi et surtout qualitatifs, faisant appel aux notions de déviance, de souffrance psychique et d'addiction. Ils tiennent également compte des systèmes de références à l'œuvre chez les différents observateurs, confirmant ainsi l'importance du concept de représentations qui sera abordé par la suite. Ainsi, les auteurs précisent que la dépendance au produit ne semble pas être seule responsable de l'alcoolisme, mais qu'une bonne partie des difficultés peuvent être imputées à une pathologie psychiatrique préexistante – anxiété, dépression mais surtout troubles de la personnalité – que le recours à l'alcool n'a pas atténuée mais a, au contraire, contribué à aggraver. Ainsi, ce serait pour pallier à divers schémas d'inadaptation précoces que les sujets s'appuieraient sur ce produit, persuadés qu'il leur permettrait d'atténuer la souffrance d'une séparation ou d'un rejet, de tempérer des réactions émotionnelles, de soulager la dépression et l'anxiété dues à une carence affective, d'augmenter leur pouvoir de séduction, d'atténuer un sentiment d'imperfection, de diminuer une crainte anxieuse, de faciliter leur affirmation de soi, de contrôler ou à l'inverse de permettre un comportement impulsif... Une fois exposés ces facteurs prédisposants, les auteurs passent en revue différentes définitions de l'alcoolisme. Les définitions quantitatives, basées sur une limite à l'alcoolisation identique pour tous, tendent à être abandonnées en raison de leur caractère arbitraire, trop dépendant de facteurs biologiques et environnementaux. Les définitions partielles, quant à elles, présentent l'inconvénient de réduire l'alcoolisme à une seule de ses expressions comportementales, se centrant tantôt sur les dommages induits, tantôt sur la souffrance individuelle et sociale ou encore sur la perte de la liberté de s'abstenir. Enfin, les définitions globales, extrêmement longues et compliquées, montrent bien l'impossibilité de résumer de façon concise les multiples significations du terme. Les auteurs soulignent enfin que, quelle que soit la définition retenue du terme alcoolisme, l'augmentation de la demande de soins semble souligner une aggravation du problème, dans une société « où l'abstinence est considérée comme suspecte et où la modération est un vain mot employé par tous » (Reynaud, Karila, Aubin, & Benyamina, 2006, p. 306).

Dans *Les Alcooléens*, Jean Maisondieu² s'interroge sur la signification actuelle de l'alcoolisme, soulignant lui aussi que les manières de boire d'aujourd'hui n'ont rien à voir avec celles des siècles précédents. Il tente donc de déterminer quelles sont les motivations qui poussent certaines

² Jean Maisondieu (1939-) : Psychiatre des hôpitaux honoraire, ancien psychiatre de la Marine nationale puis des Hôpitaux de l'Assistance publique, animateur de nombreuses formations à destination des travailleurs sociaux et des intervenants du domaine psychiatrique.

personnes à se détruire, qu'il faut rechercher selon lui au travers d'une compréhension psychique et sociale de cette démarche, davantage que sur le strict plan de l'addiction. Boire trop correspondrait toujours à une forme d'aliénation, une incapacité à mener une vie normale dans la société. En cela, son point de vue se rapproche de celui des auteurs précédents et, à propos de l'alcool, il précise d'ailleurs que « [...] *depuis que son existence a été reconnue il y a plus de cent cinquante ans, on l'a toujours combattu en le considérant principalement comme la cause et le point de départ des problèmes des alcooliques alors qu'il est d'abord la conséquence fréquente de la consommation excessive d'alcool par des individus en difficulté avec eux-mêmes et avec les autres qui croient trouver avec ce produit et grâce à ses propriétés psychopharmaceutiques une solution à leur mal de vivre* » (Maisondieu, 2014, p. 7).

Lui aussi incite à s'abstenir de se centrer sur le seul comportement, pour au contraire prendre en compte la complexité du sujet, c'est-à-dire son environnement et ses relations aux autres. Si c'est effectivement l'alcoolique qui subit des atteintes organiques et met en jeu son existence dans son ensemble, il n'est jamais le seul concerné par sa pathologie. C'est pourquoi l'auteur considère qu'au lieu de se limiter aux conséquences d'une consommation excessive d'alcool, il faudrait avant tout s'interroger sur les motivations d'une telle conduite. Or, le fait de concevoir l'alcoolisme comme une addiction en fait un mode de fonctionnement et fait disparaître la question du « pourquoi ? ». D'après lui, ramener l'alcoolisme au seul concept d'addiction n'a finalement qu'une seule utilité : celle de permettre aux alcoologues de ne pas (trop) porter de jugement sur leurs patients alors même qu'ils réprouvent évidemment leur conduite. Leur consommation excessive étant réduite au statut de symptôme, elle ne peut plus dès lors être considérée comme l'effet de leur volonté. Mettant en avant le rôle prépondérant du couple honte/mépris dans l'apparition et l'entretien d'un alcoolisme chez ses patients – ce qui renvoie aux troubles de la personnalité évoqués dans l'ouvrage précédent –, il incite à redonner toute sa valeur à la parole de l'alcoolique, imputant en grande partie l'échec de la lutte contre cette pathologie au refus de prise en compte de cette parole. Il souligne à ce propos que « *toute conduite humaine a du sens* » (Maisondieu, 2014, p. 31), qu'elle répond à une intention dont on ne peut nier l'existence qu'à la condition d'exclure la personne du cercle de l'humanité. L'auteur insiste sur l'importance de la question du sens, expliquant que les raisons de boire de l'alcoolique existaient bien avant les atteintes organiques. Ainsi, sa parole ne devrait pas être considérée comme symptôme de sa pathologie, mais être prise en compte avec toute la signification qu'elle porte. Et l'origine de la pathologie ne serait pas à rechercher au niveau de l'alcool, mais au niveau du buveur et de ses relations à son environnement, à son incapacité de vivre normalement (ou plutôt conformément à ce qu'on attend de lui) au sein de la société et à la nécessité de se sentir autre que ce qu'il est. Nous retrouvons un peu ici, en filigrane, le profil du patient de notre situation de départ : un homme qui supporte difficilement sa récente mise à la retraite, qui l'a

fait passer du statut de personne active et mobile, vivant à l'extérieur avec une équipe de collègues devenus des amis, à celui de personne inactive – avec le sentiment d'inutilité que ce nouveau statut implique. À cet événement de vie compliqué à négocier s'est ajouté le départ des enfants, privant ce père de famille nombreuse des visites régulières de ses petits-enfants auxquels il tient tant.

Intervient ici la notion d'estime de soi, malmenée chez l'alcoolique : ne supportant pas de n'être « que » ce qu'il est et considérant l'estime des autres bien supérieure à la sienne, il lutte sans cesse contre lui-même afin de renvoyer à son entourage une image correspondant, s' imagine-t-il, à celle qu'on lui demande de présenter et qui est peut-être, aussi, celle dont il rêve pour lui-même : « En permanence, il lui faut composer entre ce qu'il est, ce qu'il voudrait être et ce qu'il croit que les autres veulent qu'il soit et à quoi il veut ressembler. Ceci tout en haïssant les autres de ne pas lui permettre d'être lui-même et en se maudissant de ne pas oser s'affirmer » (Maisondieu, 2014, p. 69).

L'auteur reconnaît que l'alcoolisme est effectivement la conséquence d'une consommation excessive d'alcool, mais il explique que celle-ci est la solution qu'a trouvée l'alcoolique pour faire face à la souffrance générée par une aliénation plurifactorielle – individuelle et interindividuelle – due à l'altération des rapports entre la personne avec les autres et avec lui-même. L'aliénation se manifeste cliniquement par un sentiment : la honte, que l'alcoolique cherche à atténuer en buvant, conduite qui finit par avoir l'effet inverse de celui escompté. Le buveur a toujours honte de ne pas être à la hauteur de son image rêvée, mais il a désormais honte d'être devenu un alcoolique. La honte appelant systématiquement – de façon consciente ou non – le mépris, les rapports tant avec l'entourage qu'avec les soignants deviennent de plus en plus complexes : comment aider l'alcoolique en étant certain de ne jamais risquer de lui faire davantage honte ?

Ces deux ouvrages permettent d'éclairer le concept d'alcoolisme tel qu'on le conçoit aujourd'hui et de chercher à déterminer par la suite dans quelle mesure les représentations soignantes vis-à-vis de cette pathologie correspondent à l'état actuel des connaissances ou, à l'inverse, se basent davantage sur d'autres modèles interprétatifs. Concernant la société dans son ensemble, il paraît évident que le monde moderne considère comme suspecte toute modification des états de conscience. « Quant à l'ivresse, au mieux, elle prête à rire, mais plus souvent, elle provoque dégoût et opprobre. Y compris lorsqu'il boit, l'homme moderne doit faire la preuve de sa capacité de contrôle. Les sociétés traditionnelles ont au contraire cultivé les différentes techniques qui permettent de perdre le contrôle de soi, tels le jeûne, la solitude, l'absorption dans une tâche, mais aussi l'ivresse qui ouvre un chemin vers la divinité. » (Andréo, et al., 2013, p. 20)

4.2. Les représentations

S'agissant des représentations à l'œuvre de nos jours, notamment dans le domaine de la santé, l'*Anthropologie de la maladie* de François Laplantine³ décrit les représentations de la maladie et de la guérison au travers de plusieurs « matériaux culturels » tels que des entretiens avec des médecins et des malades, l'étude d'ouvrages médicaux à destination du grand public et d'histoires de la médecine, mais aussi de textes littéraires et de films. Basé sur une étude de la société française contemporaine, ce travail a pour but de décrire les représentations de la morbidité et de la santé à l'œuvre aujourd'hui dans la société occidentale. Pour cela, il part des convergences et divergences entre les discours des malades et des médecins pour étudier de quelle façon les représentations de la maladie – et de la guérison – donnent naissance à des modèles étiologiques – et thérapeutiques. Nous nous concentrerons principalement sur les modèles étiologiques dans le cadre de ce mémoire. L'auteur prend en compte les trois champs de connaissance qui s'entremêlent dans la société contemporaine : biomédical, psycho-médical et socio-médical ; et s'intéresse tout autant à l'étiologie scientifique qu'à l'étiologie subjective (sociale), qui correspond au ressenti des patients. Il souligne à ce propos que la vision de la maladie du point de vue du médecin est, elle aussi, fortement liée aux représentations issues de son propre vécu pathologique : il n'y aurait donc pas d'étiologie qui ferait totalement abstraction des représentations, ni d'étiologie purement affective. Enfin, il étudie de quelle manière les modèles peuvent se transformer sous l'influence d'éléments extérieurs, mais aussi s'alterner voire coexister. Par modèle, l'auteur entend ici une combinaison de rapports de sens qui détermine des solutions pour répondre au problème posé par la maladie. Or, la perception que l'on se fait de la maladie n'est presque jamais basée sur une étiologie plurifactorielle. Au contraire, elle s'appuie la plupart du temps sur un modèle dominant (qui ne retient que les solutions extrêmes), celui-ci ayant fait l'objet d'un choix à la fois culturel et individuel, logique et affectif. Ces modèles peuvent se transformer sous l'influence de la dynamique sociale, et ainsi changer de signification voire s'inverser totalement.

Parmi les quatre paires de modèles étiologiques de départ : ontologique/relationnel ; exogène/endogène ; soustractif/additif et bénéfique/maléfique, l'auteur détermine que la combinaison largement dominante dans notre société consiste en l'association de l'ontologique, de l'exogène et du maléfique, ce qui semble signifier que nous appréhendons la maladie comme une entité extérieure qui pénètre par effraction le corps ou l'esprit d'un individu qui n'y est pour rien. La seconde combinaison rencontrée le plus souvent, bien que fortement minoritaire, est formée par l'association du relationnel, de l'endogène et du bénéfique : la maladie vient du sujet et possède une fonction ambivalente voire positive, elle correspond à une forme d'adaptation de l'être à son milieu,

³ François Laplantine (1943-) : Anthropologue, professeur des universités émérite.

un processus lent de régulation. L'auteur nous indique que cette optique est marginalisée dans notre culture fondée sur l'efficacité immédiate, la séparation nette des rôles du soignant et du soigné et le sens précis et constant donné aux signes cliniques.

Selon le modèle ontologique, la maladie, objectivée donc considérée comme un mal en soi, est isolable – l'agent causal peut être défini – et localisable – l'organe atteint peut être désigné. La quête du sens devient inutile, le sujet n'est pas en cause dans la survenue de la pathologie. Le modèle exogène amène à considérer la maladie comme un accident : un élément étranger au sujet, d'origine réelle (dans notre société, majoritairement chimique et correspondant à la microbiologie) ou symbolique (sociale pour ce qui concerne notre société, correspondant à l'éducation, la culture, le mode de vie), vient aggraver ce dernier. Les rapports entre ces deux premiers modèles peuvent peut-être nous éclairer en partie sur les représentations que nous étudions ici, à savoir les représentations soignantes vis-à-vis des alcooliques. L'auteur précise en effet que les imputations causales sont toujours assorties de représentations morales, le malade étant jugé responsable ou non de sa maladie. Il mentionne à ce sujet le cas où la maladie, venant de l'extérieur conformément à la compréhension majoritaire dans notre société, est malgré tout considérée comme ayant été provoquée par le malade qui n'aurait pas respecté les conseils prophylactiques donnés par le milieu médical, qui pourtant imprègne notre culture. Ainsi la responsabilité – voire la culpabilité – se déplace-t-elle du dehors vers le dedans, de l'agent pathogène vers le sujet. C'est ce type de phénomène que l'on observe régulièrement concernant les représentations en usage vis-à-vis des malades alcooliques : la maladie vient bien de l'extérieur, en l'occurrence de l'alcool, mais la responsabilité incombe au buveur qui n'observe pas les recommandations de modération que les autorités sanitaires s'évertuent pourtant à lui rappeler. Même l'artifice auquel ont recours la plupart des alcooliques – déresponsabiliser l'alcoolique en considérant qu'il n'est plus maître de sa volonté – confirme ce point de vue.

Le modèle maléfique enfin, témoigne du sens et de la valeur donnés aux modèles précédents et appelle une référence au social. Toute société a sa propre idée de la normalité, ce qui implique l'idée de norme et de conformité à cette norme. Notre culture a une vision très majoritairement négative de la maladie qui est vue comme une anormalité devant être évitée autant que possible par la prévention (ce qui nous ramène à l'observation précédente concernant la responsabilité). Être malade signifie, selon cette optique, être déviant et appelle l'idée d'une dévalorisation sociale. Ce sentiment, ressenti tant par le malade que par son entourage, est particulièrement fort dans notre culture qui considère la maladie comme un mal absolu et un non-sens radical. La conséquence souvent observée est une mise à distance de la maladie par rapport au malade, ainsi qu'une mise à distance du malade, tant par rapport au médecin que par rapport à la société dans son ensemble. Et le plus souvent, dans le cas qui nous occupe, la responsabilité – qu'il faut absolument attribuer

à quelqu'un ou quelque chose – incombe à la désobéissance du buveur qui a négligé les recommandations médicales. Nous retrouvons dans notre situation de départ plusieurs réflexions qui confirment cette prise de position des soignants par rapport à la responsabilité de l'alcoolique dans l'apparition et le développement de sa maladie : c'est un patient dont la seule attente vis-à-vis de l'hôpital est qu'il puisse en sortir pour se remettre à boire et qui n'a besoin de personne, hormis sa bouteille. La remarque concernant le voisin de chambre, qui ne méritait pas sa greffe hépatique, expose peut-être encore plus crûment cette idée de responsabilité, puisqu'en d'autres termes elle affirme que ce malade aurait été indigne de recevoir ce don d'organe.

La prépondérance du modèle biomédical a plusieurs conséquences sur notre médecine, notamment la distinction entre le « vrai malade » atteint d'une lésion organique et les autres, souffrant de troubles fonctionnels. Une autre conséquence est l'importance accordée au quantitatif, à la mesure : la gravité de la pathologie doit être chiffrée, en revanche l'écoute du patient sera considérée comme accessoire. Le malade alcoolique, s'il présente bien des atteintes organiques dont les preuves quantitatives peuvent être établies, pourrait bien cependant être difficilement « classable » par le corps médical et paramédical. En effet, appréhender et tenter de traiter l'alcoolisme en se basant uniquement sur les lésions d'organes et les bilans semble une méthode vouée à l'échec, si l'on s'en tient aux conclusions tirées de l'exposé précédent concernant l'état des connaissances actuelles sur cette pathologie. L'alcoolique est bien un vrai malade, mais sa maladie ne peut se résumer aux atteintes organiques. Dans ce même ordre d'idées, la médecine contemporaine, qui suit le modèle dominant, est axée sur la recherche permanente de la cause. Celle-ci est, comme nous l'avons vu, majoritairement attribuée à des facteurs exogènes, quelle que soit l'affection. Cette façon d'envisager l'alcoolisme, avec le produit comme cause principale de la pathologie, conduit sans doute les soignants à considérer que le traitement le plus approprié est de toute évidence l'abstinence, ce qui leur rend incompréhensible la persévérance du buveur.

Le modèle étiologique dominant – le modèle ontologique – présente selon François Laplantine deux avantages, tant pour le malade que pour le soignant : éviter l'angoisse que représenterait une insoumission à notre culture médicale, qui considère le modèle relationnel comme accessoire ; mais surtout éviter un conflit psychologique et social embarrassant en objectivant la maladie. Ainsi, en se cantonnant à l'explication anatomique, on parvient à éviter la question du sens, des significations. Il nous semble à ce propos que certains courants de l'addictologie tentent, aujourd'hui, de remettre en lumière la question du sens en opérant selon un modèle trivalent : bio-psycho-social.

Jean Maisondieu confirme cette vision lorsqu'il énonce que la description de l'alcoolisme faite par les scientifiques que sont les alcoologues – autrement dit un processus addictif dans lequel

n'interviendrait pas la volonté du malade – contribue à forger et à unifier les représentations de cette pathologie en usage dans notre société. Il ajoute d'ailleurs que cette représentation est influencée par le malaise que suscite l'évocation du sujet : tout le monde connaît ou du moins entrevoit les raisons qui peuvent conduire à utiliser l'alcool pour ses vertus psychotropes, mais personne ne souhaite en parler. « *Une curieuse pudeur recouvre d'un voile de non-dit un usage qui, s'il est individuel, est cependant répandu* » (2014, p. 49). Alcooliques et buveurs « normaux » utilisent souvent l'alcool pour les mêmes raisons, réduire l'angoisse et se sentir plus à l'aise face à l'autre, motif difficile à avouer sans reconnaître une forme de défaillance voire, pire, une communauté d'intention. Ainsi celui qui se conduit « bien » préfère éviter le sujet, tandis que l'alcoolique est stigmatisé du fait qu'il a, de toute évidence, franchi les limites de la norme.

Cette étude permet de mieux cerner de quelle façon se sont constitué les représentations soignantes vis-à-vis des patients, notamment alcooliques, comment elles ont pu se modifier et en quoi elles peuvent différer des représentations qu'ont les patients de leur propre pathologie. Nous pouvons maintenant tenter de comprendre pourquoi le malade alcoolique est accueilli d'une façon particulière par les « normaux », c'est-à-dire de quelle façon se construit le rapport à l'autre différent de soi, et comment le recours aux représentations peut permettre de dégager des invariants rendant compte de la complexité de ce rapport. Ce qui conduit à se pencher sur le phénomène de stigmatisation qui vient d'être évoqué, en tant que résultante possible de ce rapport difficile.

4.3. La stigmatisation

Comme nous l'avons vu à propos de l'alcoolisme et de ses représentations, les ivrognes d'hier ont laissé la place aux alcooliques d'aujourd'hui. Néanmoins, les jugements négatifs à leur égard n'ont pas disparu pour autant. Nous allons maintenant tenter de savoir dans quelle mesure de tels jugements péjoratifs pourraient donner lieu à des conduites de l'ordre de la stigmatisation. Erving Goffman⁴, à propos du processus de stigmatisation, donne la description suivante : « [...] *un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs* » (Goffman, 1975, p. 15).

La stigmatisation associée à la maladie alcoolique dépend principalement de deux facteurs : les incapacités, le marquage corporel, la perte de contrôle et/ou la rupture du lien social qui sont observés, mais aussi l'estimation qui est souvent faite concernant la part de responsabilité de la personne dans la survenue de sa maladie – qui, elle, n'est pas remise en cause. Comme nous l'avons

⁴ Erving Goffman (1922-1982) : Sociologue et linguiste américain, l'un des principaux représentants de la 2^{ème} École de Chicago (étude des villes, de la déviance, du travail, de la culture et de l'art).

vu au sujet des représentations, différents filtres – cognitifs et culturels – et divers stéréotypes modifient le regard porté sur la pathologie et participent à l'explication qui est donnée des comportements et de ce qui arrive au malade. D'une manière générale, les individus tendent à penser que chacun est responsable de son sort et de sa conduite. Par exemple, lorsqu'un comportement jugé irresponsable est repéré chez autrui, une personnalité irresponsable lui est quasi-systématiquement attribuée. C'est de cette façon que la maladie peut être à l'origine d'une catégorisation sociale, mais aussi d'une attribution de responsabilité et d'une forme de stigmatisation. Ce phénomène est particulièrement à l'œuvre dans le cas de maladies telles que l'alcoolisme, mais aussi le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'obésité, entre autres : des pathologies socialement marquées qui font intervenir les notions de norme, de responsabilité et de déviance. Les professions soignantes sont également soumises à ces mécanismes où des préconstruits issus de la pensée sociale orientent souvent les actes et comportements.

La stigmatisation des alcooliques, tant sociale que médicale, a débuté en Europe à partir du début du XIX^e siècle, à peu près au même moment que le courant hygiéniste, dans une société malade où tuberculose et alcoolisme étaient endémiques. Démence et dépendance sont jugées négativement et celui qui abuse de la boisson se voit reprocher la faiblesse de son comportement. De nos jours, la description de l'alcoolique faite notamment par les alcoologues se diffusant à travers toute la société, les représentations à son sujet s'en trouvent unifiées, ce qui a pour résultat le fait que chacun de nous adopte quasiment les mêmes réactions vis-à-vis de lui. Cette stigmatisation est assortie de références morales concernant la responsabilité et la faute, y compris dans le milieu médical et paramédical. Précisément, le fait de se poser la question de la faute face à un patient alcoolique contribue à dénaturer le rapport que le soignant peut établir avec lui. C'est pourquoi on peut considérer que l'alcoolisme est une maladie socialement (et médicalement) stigmatisée puisqu'elle engage la responsabilité aussi bien que la personnalité de celui qui en est atteint. Nous retrouvons cette idée chez Jean Maisondieu, lorsqu'il évoque la démarche intellectuelle des alcoologues : en considérant l'alcoolisme comme un symptôme de l'addiction, autrement dit indépendant de la volonté propre de l'alcoolique, ils parviennent à faire taire les affects qui les conduiraient, autrement, à considérer ce dernier comme coupable de sa maladie. « *Moyennant quoi la compassion peut l'emporter sur l'indignation. Non pas en la faisant disparaître vraiment, hélas !* » (2014, p. 28).

À travers la dénomination même qui leur est attribuée – qu'il s'agisse d'« alcoolique », d'« alcoolodépendant » ou d'« OH » - se met déjà en place ce processus d'attribution de responsabilité, distinguant les patients victimes des patients responsables de leur pathologie. Comme nous l'avons vu à propos des représentations, le fait de nommer un groupe sous-tend qu'on opère une distinction entre ce groupe et les autres sur la base de critères descriptifs, mais aussi évaluatifs, qui peuvent aller à l'encontre d'une acceptation pleine et entière du patient et/ou de sa

maladie, voire conduire à ne pas reconnaître la personne comme malade à part entière. Erving Goffman le souligne en précisant que « *par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmate n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne* » (1975, p. 15). Nous retrouvons cette notion d'exclusion de l'humanité chez Jean Maisondieu lorsqu'il dit que la plupart des alcoologues, en privant les alcooliques de leur liberté de décider, les privent également de ce qui caractérise un être humain : sa capacité à faire des choix.

L'interrogatoire même, lors de l'examen clinique médical, qui comprend systématiquement une recherche de consommation d'alcool et de tabac, place d'emblée le malade alcoolique dans la position d'avoir à avouer ses conduites « déviantes », sous peine de subir l'humiliation d'être contredit par les résultats d'analyses. Ainsi, de façon non intentionnelle, cet interrogatoire participe à la dégradation de l'image de soi du malade et majore l'asymétrie de la relation soignant-soigné, simplement de par le sens attribué aux réponses données, c'est-à-dire la validation du statut d'alcoolique donc de déviant. À ce sujet, Erving Goffman classe les « poivrots » dans la catégorie des déviants sociaux, qui regrouperait « [...] *les individus qui paraissent engagés dans un refus collectif de l'ordre social. Ce sont eux qui semblent dédaigner les occasions de progresser dans les allées que leur ouvre la société ; eux qui manquent ouvertement de respect à leurs supérieurs ; eux les impies ; eux les échecs de la société quant aux motivations qu'elle propose* » (1975, p. 167).

Il conviendrait d'approfondir davantage le concept de déviance mais, de prime abord, le fait de considérer les alcooliques comme des personnes qui arborent leur refus d'accepter la place qui leur est allouée permettrait d'expliquer pour partie les réactions observées chez la plupart des soignants, autrement dit des « normaux ». Là encore intervient la notion de responsabilité et, ici encore, la personne stigmatisée ne peut que ressentir de l'anxiété à l'idée de l'accueil qui lui sera réservé et des réactions qu'elle va susciter. Un bon exemple de ce type de réaction figure dans la situation de départ, lorsqu'une soignante affirme – concernant un malade qu'elle n'a pas encore rencontré – n'avoir rien à dire à ces gens-là.

Nous avons vu en étudiant les représentations que le savoir populaire était aussi cohérent dans sa construction que le savoir scientifique : dans un cas comme dans l'autre, il s'agit d'isoler des faits pour pouvoir les décrire et les comprendre puis, enfin, expliquer et évaluer. Interviennent dans cette construction – concernant les représentations des malades alcooliques notamment – le discours médical, celui de l'individu sur la maladie et la guérison et celui sur les valeurs symboliques. Les préjugés à l'œuvre lors de l'évaluation, issus majoritairement du discours symbolique et culturel,

sont probablement à l'origine du phénomène de stigmatisation observé, expliquant les difficultés des soignants à accueillir, voire à accepter, celui qu'ils jugent différent.

5. Enquête exploratoire

Lors de l'enquête exploratoire, le recueil de données a été effectué au moyen d'entretiens de type non-directif, avec des infirmiers exerçant au sein de services de médecine. Le mode opératoire utilisé a été l'enregistrement suivi d'une retranscription puis d'une analyse de contenu.

5.1. Population cible

Les professionnels interrogés devaient comporter un nombre équivalent d'hommes et de femmes, d'âges aussi variés que possible. Les durées d'exercice professionnel devaient elles aussi être diverses, afin de ne pas biaiser l'étude. Les personnes interrogées exerçaient toutes leur profession au sein d'un service de soins généraux, c'est-à-dire hors psychiatrie, puisque la question de départ est issue d'une situation s'étant déroulée dans un tel contexte et que, comme nous l'avons vu, la psychiatrie n'a pas les mêmes modèles de référence que la médecine conventionnelle. Les services de médecine, comportant quelques lits d'addictologie, m'ont semblé les plus appropriés : c'est dans des services de ce type que les soignants avaient, statistiquement, le plus de chances d'avoir eu l'occasion de prendre en soins des patients alcooliques, mais pas nécessairement dans le cadre d'un sevrage.

5.2. Mode opératoire

Afin de permettre une analyse comparative, j'ai veillé à ce que les conditions de réalisation des entretiens soient toutes identiques, c'est-à-dire que les personnes interrogées répondent à une même question de départ, dans les mêmes conditions situationnelles. En revanche, pour respecter la singularité de la parole de chacun, les rencontres se sont déroulées sur un mode non directif, autant que possible. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnels concernés, puis intégralement retranscrits sans faire l'objet d'aucune modification ou interprétation.

5.3. Recueil de données

L'entretien, c'est-à-dire un temps de rencontre et d'échange avec des soignants, m'a semblé être la méthode la plus adaptée au thème des représentations : basé sur leur expérience et leur vécu personnels, il m'a permis de savoir de quelle façon ces personnes perçoivent les malades alcooliques mais aussi ce qu'ils déclarent faire lors de leur prise en soins. Plus précisément, un entretien non directif, d'une durée d'environ 20 à 30 minutes, m'a paru approprié au thème choisi : l'attitude non directive, centrée sur la personne interrogée – telle que préconisée par Carl Rogers - implique une position d'acceptation inconditionnelle de la part de l'enquêteur, autrement dit non-jugement,

empathie et reformulation ; ainsi la personne interrogée peut élaborer son discours selon sa propre logique. Le fait de poser un minimum de questions, de la façon la plus ouverte possible, a laissé au soignant le champ libre nécessaire pour exprimer sa propre réalité, ses perceptions individuelles, sans être trop influencé par l'orientation des questions. Enfin la durée prévue des entretiens a permis d'explorer le thème de façon suffisamment approfondie sans monopoliser les professionnels de façon excessive.

Après une question inaugurale large sur la prise en soins des malades alcooliques, destinée à recueillir les principaux ressentis du soignant interrogé – c'est-à-dire les éléments qui lui viennent spontanément à l'esprit à l'évocation d'une telle prise en charge – des questions ouvertes de relance ont pu être posées, les interviewés ayant généralement terminé leur exposé avant la fin du temps prévu pour l'entretien (Guide d'entretien Annexe 4, pp. V-VI). Ces questions couvraient quatre grands domaines : les représentations soignantes du patient alcoolique, la formation des soignants en addictologie/alcoologie, l'influence de l'expérience professionnelle/personnelle et enfin les aides à la prise en charge. Un test d'association de mots a également été proposé, dans l'objectif de faire apparaître via la spontanéité des associations les stéréotypes engendrés par le terme suggéré.

5.3.1. Les représentations soignantes du malade alcoolique

Les questions concernant ce thème avaient pour objectif d'avoir l'idée la plus précise possible de la nature des représentations de la personne interrogée concernant les personnes alcooliques. Il ne s'agissait pas ici de porter un jugement, mais de savoir sur quels éléments se fonde la représentation du soignant afin de déterminer son origine (scientifique, culturelle, sociale...) et sa valeur (oscillant entre un pôle positif et un pôle négatif). Une attention particulière a été portée aux termes choisis ainsi qu'aux significations implicites du discours du soignant.

5.3.2. La formation reçue par le soignant

L'objectif ici était de savoir si, outre la formation en addictologie dispensée en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), le soignant interrogé a bénéficié d'une ou plusieurs formation(s) complémentaire(s) en alcoologie. Dans la négative, il j'ai tenté de savoir pourquoi : formation non proposée par sa hiérarchie, formation refusée par le soignant en raison d'un manque d'intérêt pour cette discipline, formation jugée inutile par le professionnel... Dans l'affirmative, j'ai cherché à savoir de quel type de formation il s'agissait, quels bénéfices le soignant a pu en retirer pour sa pratique au quotidien et s'il estime que ses représentations à l'égard des malades alcooliques ont été modifiées à la suite de cette formation.

5.3.3. L'expérience professionnelle et/ou personnelle

Les questions de cette sous-partie avaient pour but de déterminer si, selon le soignant interrogé, son expérience professionnelle et/ou personnelle influence ses représentations concernant les

patients alcooliques, donc son comportement avec eux et la façon dont il les prend en soins. Il peut s'agir de prises en charges passées leur ayant laissé une forte impression – positive ou négative – ou encore d'expériences vécues avec des membres de sa famille ou des proches – ici aussi, positives comme négatives. Le soignant devait pouvoir exprimer librement et sincèrement son ressenti par rapport à ces expériences, en mettant l'accent sur ce qui l'aura le plus profondément marqué.

5.3.4. Les aides à la prise en charge

L'objectif était ici d'avoir une vision précise des aides dont bénéficie le soignant pour la prise en charge des malades alcooliques. Par aides, j'entends toute assistance ayant pour but de faciliter et d'améliorer les soins proposés au patient alcoolique, telle que l'intervention de professionnels d'autres disciplines (médecin addictologue ou alcoologue, psychologue, psychiatre...) et/ou d'équipes spécialisées (équipe de liaison, équipe mobile...). J'ai cherché à savoir quels bénéfices le soignant estime retirer de ces interventions dans sa pratique quotidienne et, dans le cas où il ne bénéficierait d'aucune aide de ce type, quelles interventions lui sembleraient utiles afin d'améliorer sa prise en charge.

5.3.5. Caractéristiques du soignant interviewé

Les réponses aux questions de cette sous-partie avaient pour objectif de connaître les caractéristiques personnelles du soignant pouvant avoir une influence, positivement ou négativement, sur ses représentations et sur sa pratique. Nous avons retenu le sexe, l'âge et l'ancienneté dans la profession infirmière. De nombreux infirmiers ont spontanément déclaré avoir plusieurs années d'expérience en tant qu'aide-soignant avant l'obtention de leur diplôme d'infirmier.

5.4. Analyse des données

Concernant le test d'association de mots, j'ai rassemblé les réponses en regroupant les termes synonymes ou de sens voisin afin de compter le nombre total de mots pour chaque signification. Le résultat de ce décompte est présenté sous forme d'un graphique (cible de constellation d'attributs) permettant de visualiser l'information sous forme condensée (Fig. 1, p. 22). J'ai ensuite analysé les réponses en fonction des attitudes évaluatives – positives ou négatives – afin de faire ressortir les tendances évaluatives principales (Fig. 2, p. 23).

Pour l'étude des entretiens, j'ai tenté de respecter les règles d'exhaustivité – prise en compte de la totalité des entretiens retranscrits – et d'homogénéité – entretiens concernant le même thème, obtenus par les mêmes techniques et auprès d'individus comparables. Les entretiens ont été exploités grâce à une analyse de contenu, technique la plus appropriée pour déterminer les opinions, croyances, prises de position et points de vue exprimés par le discours. Après avoir effectué une

analyse thématique traditionnelle des entretiens, j'ai procédé à une analyse séquentielle, méthode qui considère le discours comme un processus d'élaboration susceptible de faire apparaître des processus pour partie inconscients chez l'interviewé. Ce mode d'analyse s'applique particulièrement bien aux discours résultant d'une approche clinique. L'ensemble des retranscriptions d'entretiens a été organisé, découpé et interprété de façon à améliorer l'objectivité et la généralisation des données. Les résultats de cette analyse, obtenus par regroupement de significations communes aux différents entretiens, peuvent ainsi fournir des pistes de réponse à la question de départ.

Cette étude d'entretiens prenant place au sein de ce mémoire après la constitution et l'analyse d'un cadre de référence, il m'a paru naturel d'utiliser une procédure close, autrement dit d'observer ces textes à travers le cadre théorique préalablement constitué. Cette technique permet de mettre à l'épreuve les hypothèses formulées précédemment. Ainsi que le souligne Laurence Bardin, « *Le thème est utilisé généralement comme unité d'enregistrement pour des études de motivation, d'opinions, d'attitudes, de valeurs de croyances, de tendances...* » (2013, p. 135) La grille d'analyse comporte donc les thèmes suivants :

- Relation de soins
- Perception / représentation du malade alcoolique
- Adéquation des formations initiale et/ou continue
- Influence de l'expérience personnelle et/ou professionnelle
- Aides à la prise en charge

J'ai donc pris en compte la présence (ou l'absence) de chacun de ces thèmes dans les discours des soignants, ainsi que leur fréquence d'apparition, leur direction (favorable ou non) et leur ordre d'apparition dans l'énoncé.

5.4.1. Analyse des résultats du test d'association de mots

Le test d'association de mots a été effectué « dans le but d'étudier les stéréotypes sociaux, spontanément partagés par des membres d'un groupe » (Bardin, 2013, p. 55). L'auteur décrit les stéréotypes comme des représentations simplifiées, acquises et les rapproche des préjugés auxquels ils peuvent fournir une justification, voire donner naissance. L'objectif de ce test est de repérer, via les associations spontanées qui sont faites, les stéréotypes engendrés par le mot inducteur.

Tous les infirmiers interrogés lors des entretiens ont été soumis à ce test, ainsi qu'une aide-soignante et une infirmière faisant fonction de cadre de santé d'un service.

Analyse par regroupement des mots identiques, synonymes ou proches

Les mots choisis par les soignants ont été regroupés par unités de signification proche. Pour chaque unité de signification, la fréquence d'apparition de l'un des mots la composant dans les discours a été relevée.

ALCOOLIQUE	FRÉQUENCE D'APPARITION	VALEUR ÉVALUATIVE
Dépression, tristesse, souffrance	3	$3 \times (+3) = +9$
Durée, tout le temps	2	$2 \times (+1) = +2$
Dépendance, degré de dépendance	2	$2 \times (+1) = +2$
Accompagnement, soins	2	$2 \times (+2) = +4$
Addiction	2	$2 \times (+2) = +4$
Boire, OH	2	$2 \times 0 = 0$
Pénible	1	$1 \times (-1) = -1$
Échec, frustration	4	$4 \times (-2) = -8$

Les termes « dépendance » et « addiction » ont été classés séparément afin de respecter la nuance de signification qui existe entre ces deux notions :

- La dépendance désigne le désir souvent puissant, voire compulsif, de consommer une substance ou de pratiquer une activité ; elle s'accompagne la plupart du temps d'un syndrome de sevrage à l'arrêt brusque de la consommation ou de la pratique.
- L'addiction correspond à une dépendance – consommation excessive d'une substance ou pratique excessive d'une activité – maintenue en dépit de conséquences néfastes, nuisibles à la santé du sujet.

C'est pourquoi, lors de l'analyse des attitudes évaluatives sous-jacentes, l'addiction sera dotée d'un coefficient supérieur d'un point à celui attribué à la dépendance.

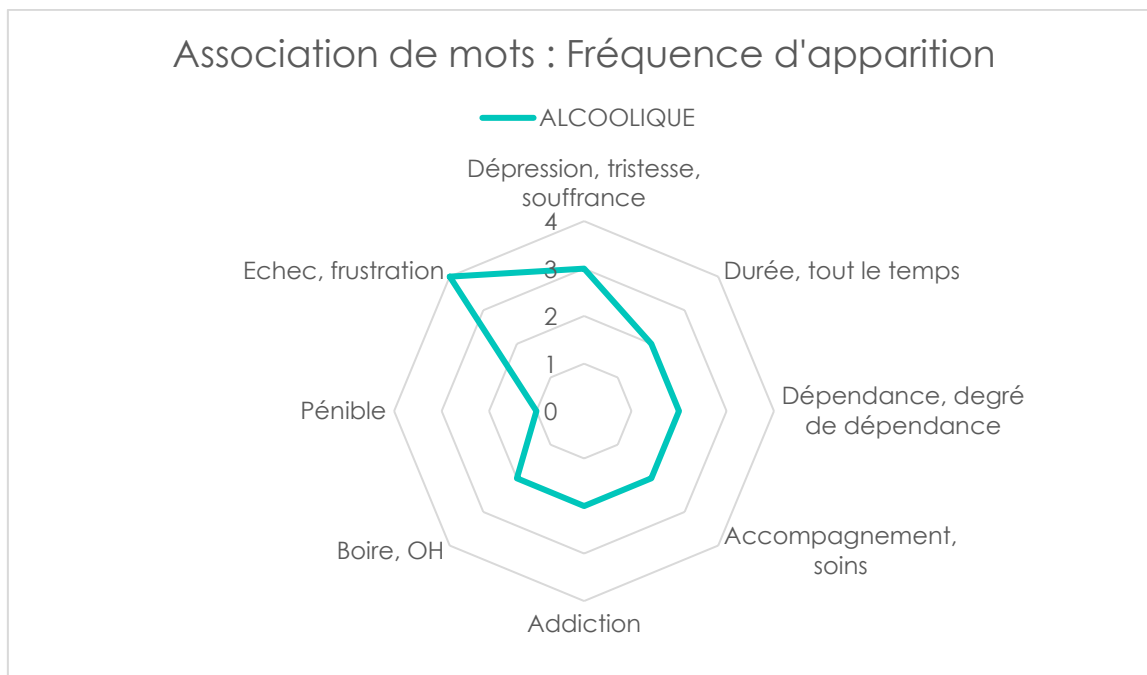


Figure 1

Analyse selon les attitudes évaluatives sous-jacentes

Une valeur évaluative a été donnée à chaque unité de signification, selon les critères suivants :

- Valeur extrêmement positive (+3) : Le soignant perçoit l'alcoolique comme une personne malade et prend en compte la détresse psychique du patient
- Valeur très positive (+2) : Le soignant perçoit l'alcoolique comme une personne malade nécessitant un accompagnement, une aide
- Valeur positive (+1) : Le soignant perçoit l'alcoolique comme une personne atteinte d'une maladie chronique dont il connaît les spécificités
- Valeur neutre (0) : Le soignant expose un constat sur le comportement de l'alcoolique ou sur les conséquences somatiques de l'alcoolisme
- Valeur négative (-1) : Le soignant éprouve un sentiment d'impuissance face à l'alcoolique
- Valeur très négative (-2) : Le soignant exprime la difficulté de la prise en charge de l'alcoolique
- Valeur extrêmement négative (-3) : Le soignant considère l'alcoolique comme responsable de son état

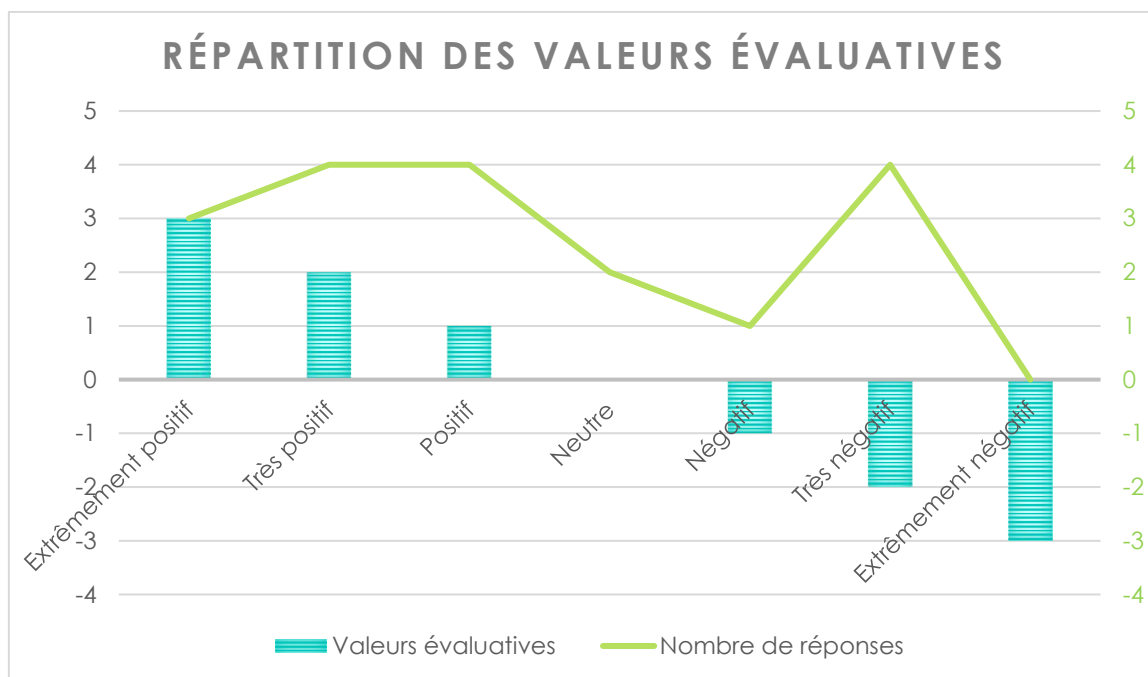


Figure 2

5.4.2. Analyse thématique et séquentielle des entretiens

L'analyse thématique découpe les entretiens selon une grille faisant apparaître les différents thèmes relevés au sein des discours et met en évidence leur présence et leur fréquence d'apparition. Il s'appuie sur le cadre de référence, qui a permis de dégager les thèmes principaux suivants :

- Relation de soins (thème 1)
- Perception / représentation du malade alcoolique (thème 2)
- Adéquation des formations initiale et/ou continue (thème 3)
- Influence de l'expérience personnelle et/ou professionnelle (thème 4)
- Aides à la prise en charge (thème 5)

L'analyse séquentielle fait apparaître différentes séquences, repérées selon des critères sémantiques et stylistiques.

Entretien n°1

Analyse thématique

Fréquence d'apparition des thèmes issus du cadre de référence :

- Thème 1 – Relation de soins : évoqué 4 fois (pp. VII-VIII, lignes 26-34 ; p. VIII, lignes 49-59 ; p. X, lignes 109-133 et p. XI, lignes 154-157)
- Thème 2 – Représentations de l'alcoolique : évoqué 4 fois (p. VII, lignes 2-3, 6-10, 17-19 et 23-24)

- Thème 3 – Adéquation des formations : évoqué 2 fois (p. IX, lignes 81-91 et p. X, lignes 107-109)
- Thème 4 – Influence de l'expérience : évoqué 4 fois (p. VII, lignes 21-23 ; p. VIII, lignes 36-47 ; p. IX, lignes 75-79 et pp. IX-X, lignes 91-104)
- Thème 5 – Aides à la prise en charge : évoqué 6 fois (p. VII, lignes 5-6 et 12-17 ; pp. VIII-IX, lignes 61-71 et p. XI, lignes 142-154 et 157-168)

Les questions de relance ont probablement exercé une influence sur la fréquence d'apparition de certains thèmes. Néanmoins, on remarque que le thème 3 (qui concerne l'adéquation des formations initiale et continue) n'apparaît que deux fois ; cependant, il apparaît longuement et concerne autant la personne interrogée que ses collègues de travail. Cela laisse supposer que l'infirmière attribue la plupart des lacunes au niveau de la prise en charge des patients alcooliques à un manque de connaissances.

Le thème 5 (qui concerne les aides à la prise en charge) revient six fois, et vient s'imbriquer avec tous les autres thèmes. On perçoit en effet que l'infirmière ressent le besoin de pouvoir s'appuyer sur un cadre et une équipe pluridisciplinaire. D'ailleurs, dès le début de l'entretien, elle répond à la question : « Il n'y a pas de spécificités dans la prise en charge de ces patients ? » par : « Bah déjà on a une infirmière addicto [...] » (p. VII, lignes 4-5), se reposant sur cette professionnelle pour le repérage et le traitement de ces éventuelles spécificités. À une deuxième question de relance, posée immédiatement après et destinée à obtenir des précisions sur son attitude professionnelle, elle répond : « Nous, on a une infirmière addicto maintenant » (p. VII, ligne 12). Les interrogations concernant la façon dont cette infirmière procédait personnellement pour prendre en soin les patients alcooliques auront toutes reçu une réponse faisant intervenir la spécialiste en addictologie. Ce qui vient contredire son affirmation initiale, selon laquelle elle ne faisait pas de différence entre ce type de patients et les autres : quel que soit le motif d'entrée, l'arrivée d'une personne alcoolique implique l'appel à l'infirmière addictologue, ce qui rappelle la situation de départ et laisse supposer que la ou les problèmes de santé ayant suscité l'hospitalisation passeront en second plan, derrière la maladie alcoolique.

Caractéristiques associées aux thèmes principaux

Thème 1 : Relation de soin

Les principales caractéristiques associées par l'infirmière interrogée au thème de la relation de soin sont :

- Le sentiment d'impuissance et la difficulté à accepter les constats d'échec en cas de rechute, mais aussi face au déni et au refus de soins : La relation de soin avec le patient alcoolique

est marquée, selon elle, par son côté répétitif et frustrant. L'échec, que son expérience l'amène à anticiper, influence de façon prépondérante sa relation avec les patients. Ici encore, l'affirmation du début d'entretien : « je fais pas de différence entre ce type de patients et les autres » (p. VII, ligne 3) est remise en question, puisque la fatalité associée à l'échec et la répétition continuelle sont des caractéristiques attribuées à la relation avec l'alcoolique de façon spécifique, bien plus qu'à la relation avec le cancéreux ou le diabétique qu'elle cite en comparaison lors de l'entretien, en tant que maladies chroniques. L'étude du cadre de références peut laisser supposer que cette différence d'appréciation tient au fait que l'attitude de l'alcoolique est socialement déviante, ce qui n'est pas le cas de celle des patients atteints d'autres pathologies. Cette déviance évoque l'irresponsabilité, qui fait intervenir la notion de faute et conduit à la stigmatisation, même si Sylvaine s'en défend d'emblée. On remarque d'ailleurs que la représentation de l'alcoolique est très souvent associée aux notions d'incurabilité – voire de refus de guérir – et de précarité.

- La nécessité d'une attitude soignante attentive et bienveillante : L'attitude préconisée par Sylvaine, et qu'elle dit adopter, est sans ambiguïté et n'évolue pas au fil du discours : elle repose sur un accompagnement non-directif, l'écoute, l'empathie et le non-jugement. Cette volonté d'acceptation inconditionnelle, très certainement sincère, intervient après que la soignante a décrit la relation de soins avec l'alcoolique comme très différente de celle qui peut exister avec d'autres patients. On peut imaginer que deux composantes de sa représentation du malade alcoolique entrent en tension : la part scientifique correspondant au modèle bio-médical dominant, et la part sociale qui conduit à stigmatiser les déviations.
- La question délicate du positionnement et de l'implication du soignant : Des échecs – fréquents – qu'elle évoque, Sylvaine retire un sentiment de découragement voire de colère. Le positionnement soignant qui en découle semble un peu ambigu et peut-être même contradictoire : pour elle, il faut à la fois « vraiment s'impliquer » (p. X, ligne 121) et... « essayer de... de pas trop trop s'impliquer » (ligne 111) ! La tension entre ses connaissances théoriques – l'alcoolique a besoin d'un soutien important – et la composante sociale de sa représentation – son comportement déviant est difficilement acceptable puisqu'il se montre irresponsable – est peut-être à l'origine de cette contradiction, dont elle n'a sans doute pas conscience mais qui apparaît clairement dans son discours.

Thème 2 : Représentations du malade alcoolique

Les caractéristiques dominantes du thème des représentations sont :

- Un patient comme un autre : Après avoir, dès le début de l'entretien, insisté sur le fait que l'alcoolique était un patient comme les autres et qu'il n'y avait aucune différence entre lui et

les autres patients, l'infirmière commence rapidement à énoncer les spécificités de la maladie alcoolique et, ce faisant, à distinguer des différences. Les alcooliques sont tout d'abord comparés à tous les autres patients, quels qu'ils soient. Puis aux personnes âgées, qui elles aussi sont susceptibles de chuter. Puis aux diabétiques, qui eux aussi souffrent d'une maladie chronique – et accessoirement, peuvent ne pas suivre correctement leur traitement. Puis enfin aux patients de psychiatrie, qui eux aussi demandent au soignant un investissement mental important qui peut les mettre à mal, faute de savoir prendre de la distance. Cette évolution graduelle était déjà annoncée dès les premières phrases de l'interviewée, lorsqu'elle voulait illustrer la totale similitude entre l'alcoolique et tout autre patient : elle déclare d'abord ne faire aucune différence entre un alcoolique et un toxico[mane], puis s'interrompt au milieu du mot et le remplace par cancéreux, sans doute moins chargé en sous-entendus. Comme nous l'avons vu précédemment, c'est probablement au niveau de la notion de déviance donc de responsabilité que se situe la différence qu'elle se refuse à admettre.

- L'alcoolisme, une maladie : L'infirmière interrogée insiste bien sur ce point, qui est repris plusieurs fois. Elle précise qu'il s'agit d'une pathologie chronique et indique que, la plupart du temps, alcoolisme et tabagisme sont associés. Néanmoins, comme nous l'avons vu plus haut, elle semble considérer cette maladie comme quasi-incurable, au vu de son expérience et des nombreuses rechutes auxquelles elle a assisté. Son insistance quant à la nécessité de la participation du buveur à sa thérapie pourrait même laisser supposer que si tant de malades rechutent, c'est parce qu'ils manquent de volonté.
- La personnalité de l'alcoolique : La soignante souligne la fragilité, l'anxiété et la sensibilité au manque dû à la dépendance – sans employer ce terme, elle décrit le besoin de boire en dépit de la connaissance des méfaits de l'alcool, ainsi que la consommation en dehors de tout but festif. Mais elle reste sur ces observations factuelles faites lors des périodes de sevrage, sans davantage de précisions.

Thème 3 : Adéquation des formations initiale et continue

- Les formations reçues : Sylvaine regrette de n'avoir bénéficié que d'une sommaire présentation des addictions lors de son cursus en IFSI et qu'on ne lui ait pas proposé de véritable formation sur ce thème depuis qu'elle travaille en service de médecine polyvalente, alors qu'elle a été amenée depuis sa prise de poste à recevoir de nombreux patients alcooliques.
- Utilité de formations supplémentaires : Pour elle, l'addictologie et plus particulièrement l'alcoologie sont des domaines vastes, qui mériteraient d'être mieux enseignés aux soignants susceptibles d'être en contact avec ce type de public. Elle évoque même l'idée de

la mise en place d'un suivi pour ces personnels. Or, les lacunes qu'elle évoque concernant la formation en alcoologie ne concernent pas tant le produit ou les méfaits occasionnés par son usage excessif que « la prise en charge du patient », que chaque soignant aborde en fonction de « son propre vécu » (p. X, lignes 107-108). Il semblerait qu'elle se rende compte que ses problèmes ne proviennent pas d'un manque de connaissances techniques, mais de la difficulté qu'elle a à accepter ce que lui renvoie l'alcoolique. On suppose que le « suivi » qu'elle réclame aurait pour but de l'aider à ne pas se sentir personnellement affectée par sa relation avec le malade. Mais l'étude de la construction des représentations nous a montré qu'elles n'étaient pas exclusivement basées sur les connaissances scientifiques, mais également sur des préconstruits sociaux qu'une formation pourrait difficilement modifier.

Thème 4 : Influence de l'expérience professionnelle et personnelle

- Description de l'expérience : Hormis l'association fréquente tabac-alcool, le récit de l'expérience professionnelle de cette soignante décrit avant tout les rechutes quasi-systématiques des patients alcooliques accueillis pour sevrage. L'infirmière évoque aussi des anecdotes attestant que la structure n'est pas adaptée à recevoir de tels patients – notamment du fait qu'elle n'offre pas d'accès à un espace à l'air libre qui serait interne à l'hôpital – et que l'organisation du travail ne laisse pas suffisamment de temps pour les échanges et le relationnel.
- Influence de l'expérience : L'infirmière tire de cette expérience un sentiment général de déception et de frustration, mais elle a conscience que les rechutes font partie intégrante de la pathologie et du processus de guérison. Elle invite à surpasser ce sentiment d'échec afin de persévérer dans les soins auprès de ces personnes. Son expérience lui a permis de constater que les alcooliques sont des patients fragiles et anxieux, qui méritent et ont besoin d'un soutien important et prolongé pour parvenir à s'en sortir. Ici encore on retrouve l'opposition entre le connu et le ressenti, malaise omniprésent qui traduit la difficulté de combiner la composante ontologique-exogène de la maladie avec l'imputation causale que notre société suggère : le non-respect des conseils prophylactiques abondamment dispensés par le milieu médical rendrait l'alcoolique responsable de son état.

Thème 5 : Aides à la prise en charge

- Aides disponibles dans le service : Les aides à la prise en charge des patients alcooliques sont décrites comme très insuffisantes en termes de personnels disponibles sur le site : une infirmière diplômée en addictologie – mais qui n'est pas présente tous les jours – et une assistante sociale sont les seules personnes susceptibles d'intervenir de façon spécifique

auprès de ces patients. Les infirmiers spécialisés en psychiatrie et la psychologue appartiennent à des équipes mobiles et donc rarement présents ; le médecin addictologue est parti il y a plus d'un an. La soignante évoque par ailleurs des centres de cure vers lesquels elle peut éventuellement orienter les malades après la période de sevrage.

- Aides supplémentaires qui seraient nécessaires : En dehors d'un personnel mieux formé et plus compétent dans le domaine de l'alcoologie, présent en permanence au sein du service, l'infirmière regrette que l'agencement des locaux ne soit pas adapté à la conduite optimale des sevrages. Elle déplore également que les structures d'accueil susceptibles d'assurer les soins après le sevrage ne gardent pas les patients suffisamment longtemps, les renvoyant à domicile trop rapidement et sans aucun suivi. Ces demandes semblent traduire à la fois l'optique bio-psycho-sociale à travers laquelle Sylvaine perçoit l'alcoolisme, et la quête d'un soutien pluridisciplinaire face au malaise ressenti dans sa relation avec le patient alcoolique, qui rejoint en quelque sorte des demandes en matière de formation.

Analyse séquentielle

Globalement, le discours de l'infirmière interrogée s'organise en six séquences :

- Séquence 1 (Lignes 1-24) : L'énonciation de l'interviewée, durant toute cette séquence, est hésitante et peu assurée. La professionnelle semble méfiante, non pas tant vis-à-vis de la question inaugurale, mais en raison du lien entre cette question – la prise en charge – et le sujet de ce travail – les représentations –, dont elle a été informée. Elle répond d'ailleurs à la question, centrée sur le mode de prise en charge, en exposant ses représentations et non ses actes. Elle s'anime brièvement à l'évocation d'expériences passées, mais interrompt rapidement son récit pour revenir à l'évocation de la pathologie, qui fait « qu'on n'y peut rien ».
- Séquence 2 (Lignes 26-59) : À la suite d'une question de relance insistant volontairement sur le ressenti personnel de Sylvaine face aux comportements qu'elle vient d'évoquer, s'ouvre une nouvelle séquence où la soignante se montre plus à l'aise. S'appuyant sur des récits d'expériences, elle évoque avec spontanéité sa difficulté à accepter les refus de soins et/ou rechutes auxquels elle est fréquemment confrontée. En filigrane de son discours se dessine l'image d'un malade qui, finalement, pourrait bien être quelque peu différent des autres malades.
- Séquence 3 (Lignes 61-109) : Spontanément, Sylvaine modifie l'orientation de son discours. Elle conserve une élocution assurée, mais décide maintenant de m'expliquer que les échecs thérapeutiques avec les alcooliques ne sont pas uniquement dus aux patients : les

structures d'accueil en cure, la durée des hospitalisations, le suivi des malades après leur retour à domicile et la formation des professionnels sont clairement mis en cause.

- Séquence 4 (Lignes 109-133) : Cette séquence se caractérise par une élocution plus animée et plus rapide, mais un exposé moins clair. Sylvaine évoque la nécessité d'un investissement important du soignant. Un tel investissement appelle selon elle un travail sur le positionnement à adopter et une réflexion sur la prise de recul. Les passages concernant l'implication soignante se contredisent, on sent l'infirmière partagée entre la vision qu'elle a de ce qu'il faudrait faire et son expérience réelle.
- Séquence 5 (Lignes 135-154) : Tout le long de cette séquence, Sylvaine expose calmement, sans hésitation ni émotion particulière, son point de vue sur les raisons de l'existence de représentations négatives chez certains soignants. Selon elle, il s'agirait majoritairement d'un manque de connaissances sur la pathologie alcoolique. Elle évoque, sur le même ton, le schéma des aides à la prise en charge disponibles au niveau de l'hôpital. Qu'il s'agisse de son opinion sur les causes des représentations péjoratives ou du descriptif des équipes interdisciplinaires, l'intonation reste neutre et assurée.
- Séquence 6 (Lignes 154-168) : Cette séquence est marquée par une modification de la diction. Sylvaine évoque l'inadaptation de la structure, mais aussi de l'organisation du travail au sein de l'équipe. Elle semble réellement émue par cette situation, qu'elle juge préjudiciable aux patients alcooliques. On a le sentiment qu'elle cherche, en même temps qu'elle parle, des solutions alternatives qui n'existent malheureusement pas. En tout état de cause, son embarras est perceptible, elle est visiblement désolée que les patients alcooliques ne puissent pas bénéficier d'une meilleure prise en soins.

Entretien n°2

Analyse thématique

Fréquence d'apparition des thèmes issus du cadre de référence :

- Thème 1 – Relation de soins : évoqué 5 fois (p. XII, lignes 2-21, 24-35 et 36-38 ; p. XIII, lignes 45-70 et p. XV, lignes 117-128)
- Thème 2 – Représentations de l'alcoolique : évoqué 3 fois (pp. XII-XIII, lignes 38-43 et p. XIV, lignes 95-105 et 108-110)
- Thème 3 – Adéquation des formations : évoqué 3 fois (p. XIV, lignes 93-95 et 105-108 et pp. XIV-XV, lignes 112-118)
- Thème 4 – Influence de l'expérience : évoqué 1 fois, brièvement (p. XIV-XV, lignes 113-117)

- Thème 5 – Aides à la prise en charge : évoqué 2 fois, brièvement à chaque fois (p. XII, lignes 23-24 et 35-36)

Le thème 4 n'apparaît qu'une fois dans le discours de l'interviewée, de façon brève, dans le seul but d'indiquer la prévalence des personnes âgées parmi les patients alcooliques hospitalisés. Le thème 5 apparaît deux fois, mais lui aussi de façon extrêmement succincte dans les deux cas : l'infirmière cite rapidement deux professionnelles dans le premier cas, puis l'équipe pluridisciplinaire dans son ensemble dans le deuxième cas, sans autre précision. C'est le thème 1 qui revient le plus souvent et le plus longuement, la relation avec le patient étant appréhendée sous différents aspects, avec beaucoup de détails. Judith semble avoir beaucoup questionné la relation de soins avec les patients alcooliques, qui de fait lui pose un problème de façon récurrente.

Caractéristiques associées aux thèmes principaux

Thème 1 : Relation de soin

D'emblée, Judith se dit déstabilisée par la question inaugurale, qu'elle semble juger orientée voire stigmatisante : « Moi, la façon dont vous avez tourné la question, ça me perturbe un peu, parce que ça voudrait dire qu'en gros, c'est le patient alcoolique quoi ! » (p. XII, lignes 11-12). Différentes caractéristiques de sa vision de la relation de soin avec le patient alcoolique se dégagent malgré tout de son discours :

- Difficulté à composer avec le patient dans le déni de sa maladie : Judith affirme d'emblée qu'il est compliqué d'aborder le sujet de l'alcoolisme avec les patients qui n'ont (ou ne souhaitent pas avoir) conscience de leur pathologie. Elle parle même de sujet « tabou » (p. XII, ligne 26), mais admet un peu plus tard qu'il peut aussi être utile « d'en parler sans tabou avec le patient » (p. XII, ligne 36). Le malaise suscité par l'évocation de ce sujet concernerait, selon elle, aussi bien le patient que le soignant et constituerait un obstacle à une relation de soins fluide. Considérer l'alcoolisme comme sujet tabou s'accorde assez mal avec l'indignation initiale de Judith par rapport à la question posée. Ainsi que nous l'avons vu lors de l'étude de la stigmatisation, il apparaît bien que l'alcoolisme fasse partie des pathologies socialement connotées, ceux qui en souffrent étant perçus comme ne satisfaisant pas à la norme admise. La difficulté que ressent cette soignante à aborder le sujet de l'alcoolisme semble donc provenir de représentations péjoratives à composante majoritairement morale, dépeignant le buveur comme un déviant, atteint non pas d'une pathologie mais d'un vice.
- Nécessaire adhésion du patient au projet de soins : Judith parle longuement de la collaboration indispensable qui doit exister entre patient et soignant autour du projet de soins. Une fois le sujet de l'alcoolisme abordé et la maladie alcoolique expliquée, avec toutes

ses conséquences, il appartient au patient – et au patient seul – de prendre la décision de modifier ses comportements. Le rôle du soignant est, selon elle, d'aider à une prise de conscience mais en aucun cas de se substituer à la personne, qui fonctionne selon sa réalité propre. Imposer quoi que ce soit est exclu, chacun restant maître de ses choix en termes de qualité de vie. Cette prise de position témoigne du respect des choix de vie de chacun, mais renvoie quelque part l'alcoolique à sa responsabilité voire à sa culpabilité : s'il est dans cet état, c'est qu'il n'a pas eu suffisamment de volonté pour rentrer dans la norme, en dépit des conseils qui lui sont prodigués. Par ailleurs, on peut aussi supposer que l'infirmière rencontre les patients alcoolodépendants dans les moments où ils sont le moins en mesure d'exprimer une demande : lors d'une hospitalisation pas toujours souhaitée, abrutis par les neuroleptiques et/ou à l'occasion d'une rechute.

- Tenir compte de l'ancienneté de la maladie : Selon Judith, la relation de soins avec les alcooliques de longue date est plus difficile du fait que le processus de comportements est « enkysté dans un truc » (p. XIV, ligne 100), que l'alcool fait désormais « partie d'eux » (ligne 98). Elle dit ne pas se sentir légitime pour intervenir dans un mode de vie établi depuis aussi longtemps, alors que cette situation est celle des personnes qui ont le plus besoin d'assistance, et de façon plus urgente, en raison du risque d'atteintes organiques et neurologiques irréversibles dues à leurs excès prolongés.
- Une relation compliquée par le comportement du patient en sevrage : Étonnamment, il semblerait que la majorité des sevrages ne se passe pas au mieux : Judith évoque le manque, l'agitation, le *delirium tremens* et l'agressivité. Les éléments d'explication qu'elle donne concernent l'organisation de la structure : « Quand ça va vite dans le service, qu'on a beaucoup de monde et tout... » (p. XIII, lignes 48-49). La façon de prendre en charge le sevrage n'est pas questionnée, mais Judith déplore qu'à ce moment-là, les patients ne soient pas réceptifs et qu'aucune véritable relation ne puisse s'établir avec eux. Le fait que les patients en sevrage soient inaccessibles car en plein délire apparaît donc comme une fatalité liée à un rythme de travail trop soutenu. Cependant, les répercussions sur le patient, les soignants et l'entourage sont soulignées. Et l'infirmière a répété plusieurs fois en début d'entretien que même si sa prise en charge était la même pour tous, dans le cas d'une personne alcoolique elle prenait en compte cet « antécédent » et se montrait plus attentive « aux signes, aux tremblements... au syndrome de manque » (p. XII, lignes 15-16). L'imputation de l'échec de la relation à un délire qui peut assez facilement être prévenu reste étonnante, y compris en période d'activité accrue dans le service.

Thème 2 : Représentations du malade alcoolique

- Comprendre les causes : Judith insiste sur le fait qu'on ne peut pas qualifier quelqu'un d'alcoolique sans parallèlement s'interroger sur son histoire de vie et les raisons qui motivent son comportement. Derrière la maladie se cacheraient donc diverses souffrances qu'il faut parvenir à identifier et à comprendre. En cela, son discours rejoint les théories que nous avons examinées plus haut au sujet de l'alcool et de l'alcoolisme : l'alcool est souvent la seule solution qu'ont trouvée des individus en difficulté tant avec eux-mêmes qu'avec leur entourage.
- Influence de l'histoire de vie personnelle dans la représentation : Spontanément, Judith déclare que les soignants se représentent les personnes alcooliques à la lumière de « ce que ça leur renvoie » (p. XV, ligne 109), soulignant la composante subjective dans la constitution de la représentation. Elle constate que ces soignants, ayant reçu la même formation scientifique qu'elle, peuvent avoir des représentations très différentes concernant la personne alcoolique en raison de leur rapport affectif personnel à cette pathologie.

Thème 3 : Adéquation des formations initiale et continue

- Formations reçues : Sans les détailler, Judith déclare que les formations qu'elle a reçues jusqu'ici en addictologie et/ou alcoologie sont très insuffisantes pour lui permettre d'assurer une prise en charge correcte des patients alcooliques. Elle souligne également un certain décalage entre les formations, principalement axées sur le public jeune et le *binge drinking*, et la réalité du terrain, qui met en évidence une prépondérance toujours croissante de personnes âgées parmi les patients alcooliques. Ce décalage laisserait, selon elle, les soignants démunis face à ce public âgé. Concernant la spécificité de l'alcoolisme de la personne âgée, que Judith oppose au *binge drinking* des jeunes, il semble qu'il s'agisse plutôt de deux facettes différentes du même problème : le volet prévention et le volet curatif. Ainsi, ce ne serait pas avec les jeunes qu'elle serait moins mal à l'aise, mais avec des personnes que ne sont pas – encore – alcooliques.
- Utilité de formations supplémentaires : Précisant que ces formations supplémentaires devraient être proposées et non obligatoires, Judith convient néanmoins du fait que la nécessité de connaissances plus larges dans ce domaine s'impose vite lorsqu'on commence à travailler dans les services hospitaliers. On peut imaginer en effet qu'une amélioration des connaissances du personnel en alcoologie pourrait permettre d'éviter d'avoir autant d'alcooliques en état de *delirium tremens* dans le service. En revanche, comme nous l'avons vu lors de l'entretien précédent, une formation supplémentaire ne serait sans doute pas

suffisante pour éviter que certains soignants aient une représentation péjorative des alcooliques en raison de souvenirs familiaux douloureux les incitant au rejet.

Thème 4 : Influence de l'expérience professionnelle et personnelle

- Description de l'expérience : L'expérience professionnelle de Judith lui a avant tout permis de constater que l'alcoolisme était une pathologie fréquente, touchant notamment les personnes d'un certain âge et pas uniquement les jeunes en quête d'expérimentations diverses. Elle décrit des phases de sevrage durant lesquelles les patients sont inaccessibles du fait de leur délire. Elle tire également de cette expérience la conclusion que les représentations de la personne alcoolique étaient liées, chez ses collègues, à des perceptions subjectives liées à leur vécu familial et relationnel.
- Influence de l'expérience : Le délire chez les patients en sevrage ne semble pas avoir provoqué de remise en cause du mode de prise en charge, cet état de fait est énoncé comme une donnée constante liée à la surcharge de travail. En revanche, le nombre élevé des hospitalisations concernant des alcooliques âgés suscite de la part de Judith une demande de formations complémentaires en alcoologie. Le thème de l'expérience ayant été évoqué brièvement par Judith, et en imbrication avec d'autres thèmes, les idées principales ont déjà été commentées précédemment, thèmes 1 à 3.

Thème 5 : Aides à la prise en charge

- Aides disponibles : L'infirmière addictologue et la neuropsychologue sont seules évoquées. Ce qui n'empêche pas Judith d'affirmer que la structure bénéficie d'une « équipe pluridisciplinaire très... bien par rapport à ça... » (p. XII, lignes 35-36). Le discours de la professionnelle sur ce thème est très succinct, il semble que sa prise en charge consiste à assurer le sevrage et tenter de comprendre les causes de la maladie, mais ne s'étende pas à l'accompagnement du patient au-delà de la phase critique. En effet, ni les travailleurs sociaux, ni les centres de cure ni les équipes de psychiatrie ne sont mentionnées.
- Aides supplémentaires qui seraient nécessaires : L'hypothèse qui précède, selon laquelle Judith ne percevait pas son rôle auprès du patient alcoolique comme pouvant inclure la préparation de l'après-sevrage, semble confirmée par le fait qu'elle n'évoque nulle part le moindre besoin en matière d'aides complémentaires à la prise en charge. En effet, elle se soucie d'en apprendre autant que possible sur l'histoire de vie du patient afin de comprendre ce qui a suscité chez lui le besoin de boire excessivement, mais n'évoque jamais ni la prise en charge psychologique, ni un quelconque travail sur l'environnement de ce patient. On pourrait supposer qu'elle estime que ces aspects de la thérapie ne sont pas de son ressort, ou encore qu'elle estime qu'un service de médecine n'est pas le lieu adéquat – comme on le

verra dans l'entretien suivant – ou enfin que sevrage physique et soins psychiques sont deux temps distincts de la prise en charge de l'alcoolique. Toujours est-il que contrairement à sa collègue de l'entretien précédent, qui évoque à de nombreuses reprises la nécessité d'un accompagnement psychologique de longue durée, Judith n'aborde pas du tout la question.

Analyse séquentielle

Le discours de Judith s'organise en six séquences, se différenciant par leurs thèmes et par le type d'élocution.

- Séquence 1 (Lignes 1-21) : Judith est nettement sur la réserve, elle estime la question initiale orientée et semble se méfier de la façon dont ses réponses seront interprétées. Son expression est prudente et mesurée. Cette séquence d'introduction lui sert à affirmer qu'en toutes circonstances, un patient est pris en charge relativement au motif d'hospitalisation. Pour elle, l'alcoolisme fait partie des antécédents potentiels : il est nécessaire de le prendre en compte afin d'adapter les surveillances, mais l'objectif principal de cette soignante sera de traiter le problème ayant motivé l'entrée du patient. Cette vision des choses s'oppose en tout point à ce qui a été décrit dans la situation d'appel, où la personne avait été d'emblée prise en charge pour sevrage au détriment de sa fracture.
- Séquence 2 (Lignes 22-43) : Changement de séquence provoqué par une question de relance destinée à faire préciser à Judith de quelle façon elle aborde le problème de l'alcoolisme avec un patient hospitalisé pour un motif somatique. Sa réaction spontanée est de rediriger le patient et son encombrante problématique vers l'infirmière addictologue et la neuropsychologue. Mais très vite, elle enchaîne sur la question du déni et l'importance d'aider le patient à le surmonter afin de monter, en coopération avec lui, un projet de soins. Elle précise qu'il est primordial, pour assister au mieux la personne, de comprendre pour quelles raisons elle en est arrivée à se rendre malade. La soignante, dans cette séquence, est plus à l'aise que dans la précédente. Quelques hésitations ponctuent son discours, mais il s'agit de temps de réflexion, durant lesquels elle cherche les mots qui conviennent le mieux. Il est manifeste qu'elle expose une façon de faire qui est la sienne et qui correspond à ses valeurs.
- Séquence 3 (Lignes 44-57) : Judith oriente spontanément son propos, indépendamment de la remarque de relance, vers la description des éléments qui rendent la prise en charge du malade alcoolique particulièrement difficile. Plus animée que dans les séquences précédentes, elle décrit les complications du sevrage et en conclut que « c'est des prises en charge qui peuvent être assez compliquées quoi » (p. XIII, lignes 50-51) avant de corriger : « Comme tous les patients en fait... pareil... » (p. XIII, ligne 54). Il semble y avoir une lutte interne entre ses déclarations spontanées, qui tendent à démontrer que la prise en charge

de ces malades est spécifiquement complexe, et sa ligne directrice du début, qui considère que toutes les prises en charge sont identiques, quelle que soit la pathologie. A nouveau, on retrouve cette ambiguïté, ce malade qui devrait être comme tous les autres mais ne l'est pas du tout en réalité, probablement due à un conflit interne à la représentation même de l'alcoolique : on peut en effet supposer que la composante scientifique s'oppose à la composante sociale, ou plutôt que la composante sociale pousse à rendre le patient responsable de l'ontologie pourtant admise comme exogène de sa maladie.

- Séquence 4 (Lignes 57-70) : Cette séquence découle directement du test d'association de mots. Judith rebondit sur le dernier mot qu'elle a cité : « Accompagnement » et développe ce qu'il signifie pour elle. Plus posée et détendue, elle précise que de nombreuses actions sont possibles, mais qu'elles ne peuvent se faire qu'avec le consentement et la participation de la personne. *A minima*, lorsqu'il s'agit d'un patient dans le déni, cet accompagnement peut consister en une délivrance d'informations qui lui donneront matière à réflexion. Mais l'accord et l'engagement du malade sont selon elle des préalables obligatoires à toute action. Bien que déni, engagements non tenus et rechutes fassent partie du quotidien de la personne alcoolique, Judith ne précise pas par quel(s) moyen(s) elle compte obtenir l'adhésion de son patient, hormis le fait de « planter une graine et voilà... » (p. XIII, ligne 61), autrement dit l'inciter à une prise de conscience par des explications concrètes sur son état de santé. En évoquant le fait de trop boire par les termes « habitudes de vie » contre lesquelles on ne peut pas « s'acharner », elle donne l'impression qu'il s'agit d'un choix de vie issu de la volonté de la personne, ou plutôt d'un manque de volonté pour faire un autre choix. Ces habitudes de vie étant considérées comme socialement déviantes, elle tient sans doute malgré elle un discours s'approchant de la stigmatisation telle qu'elle a été décrite dans le cadre de référence.
- Séquence 5 (Lignes 71-118) : Cette séquence, la plus longue et la plus dynamique du discours, répond à une question de relance sur la formation en addictologie. Judith, très convaincue, expose avec animation les difficultés qu'elle a très vite rencontrées en service par manque d'une formation adéquate. Elle précise que l'alcoolisme est une pathologie très fréquente, mais qui touche énormément de personnes d'un certain âge alors que le peu de formations qu'elle a reçues étaient principalement axées sur les prises de risques chez les jeunes. Ce défaut, qualitatif et quantitatif, de formation l'a souvent mise en difficulté, dans la mesure où elle n'a pas su réagir aux situations qui se présentaient. Elle précise même « qu'il faut que tout soit repensé » (p. XIV, ligne 105). Ce qui étonne le plus dans cette partie du discours, c'est que les raisons pour lesquelles les sevrages se terminent souvent en *delirium tremens* ne sont pas interrogées et ne suscitent pas de demande de formation. En

revanche, l'accompagnement psychologique du patient n'apparaît pas plus à la rubrique formation qu'à celle de la relation de soins.

- Séquence 6 (Lignes 119-12) : Reprise de la séquence 4, après le long intermède sur la formation, dans laquelle Judith revient sur l'adhésion du patient et la nécessaire prise en compte de sa réalité subjective propre, après avoir replacé d'emblée la ligne directrice de départ : « comme dans toutes les pathos en fait » (p. XV, ligne 120). Cette fin de discours reprend les deux thèmes qui lui tiennent décidément à cœur : l'absence de distinction entre le patient alcoolique et les autres patients et l'importance du consentement et de la participation du malade au projet de soins. Deux thèmes sur lesquels règne pourtant une grande ambiguïté, dans la mesure où le patient alcoolique apparaît, au fil du discours, de plus en plus distinct des autres patients, et où l'adhésion de ce malade semble ne pouvoir venir que de lui seul, contrairement à ce que l'on observe généralement.

Entretien n° 3

Analyse thématique

Fréquence d'apparition des thèmes issus du cadre de référence :

- Thème 1 – Relation de soins : évoqué 11 fois plus ou moins longuement (p. XVI, lignes 18-25 ; pp. XVII-XVIII, lignes 67-72 ; p. XIX, lignes 112-113 ; pp. XIX-XX, lignes 139-148 ; p. XX, lignes 163-165 ; p. XXII lignes 233-244 et 247-248 ; p. XXIV, lignes 314-321 et 326-328 ; p. XXVII, lignes 439-456 et p. XXVIII, lignes 470-490)
- Thème 2 – Représentations de l'alcoolique : évoqué 15 fois (p. XVI, lignes 1-17 ; p. XVII, lignes 38-49 et 60-66 ; pp. XVIII-XIX, lignes 73-111 ; p. XIX, ligne 132 et lignes 137-138 ; p. XX, lignes 148-153 ; pp. XX-XXI, lignes 166-194 ; p. XXII, lignes 244-246 et 249-265 ; p. XXIV, lignes 322-325 ; p. XXV, lignes 372-375 ; p. XXVI, ligne 387 et 401-408 et p. XXVII, lignes 436-438)
- Thème 3 – Adéquation des formations : évoqué 3 fois (p. XXIII, lignes 275-288 ; pp. XXIII-XXIV, lignes 292-301 et p. XXV, lignes 346-371)
- Thème 4 – Influence de l'expérience : évoqué 13 fois, (p. XVI, lignes 26-27 ; pp. XVI-XVII, lignes 30-37 ; p. XIX, lignes 133-136 ; p. XXI, lignes 195-197 ; pp. XXI-XXII, lignes 203-232 ; p. XXIII, lignes 289-291 ; p. XXIV, lignes 302-307 ; pp. XXIV-XXV, lignes 329-343 ; pp. XXV-XXVI, lignes 376-386 ; p. XXVI, lignes 388-400 et 409-413 ; p. XXVII, lignes 427-435 et p. XXVIII, lignes 462-469)

- Thème 5 – Aides à la prise en charge : évoqué 7 fois, (p. XVII, lignes 50-59 ; p. XIX, lignes 114-131 ; p. XX, lignes 154-162 ; p. XXI, lignes 198-202 ; p. XXIV, lignes 307-313 ; p. XXV, lignes 344-346 et pp. XXVI-XXVII, lignes 414-427)

Lors de cet entretien, le nombre de fois où les différents thèmes ont été évoqués est plus représentatif que lors des deux entretiens précédents. En effet, l'entretien s'étant déroulé sous forme de focus group, quasiment aucune question de relance n'a été nécessaire de ma part. Les interviewées ont donc parlé de façon spontanée des sujets qui leur paraissaient les plus importants ou significatifs, les thèmes s'enchaînant au fil de la conversation. C'est néanmoins le sujet de l'adéquation des formations initiale et continue qui est le moins longuement débattu, chacune des deux intervenantes ayant une position très claire sur la question : leurs avis s'accordent concernant l'inadéquation de la formation initiale, mais s'opposent quant à l'utilité de formations complémentaires.

Caractéristiques associées aux thèmes principaux

Thème 1 : Relation de soins

- Distorsion entre la réalité du patient et celle du soignant : Le sujet du déni est abordé ici sous une forme détournée. En effet, les infirmières expliquent que la relation soignant-soigné est rendue difficile par le fait que l'appréciation qui est faite concernant la gravité de la maladie alcoolique diffère totalement selon qu'il s'agit du soignant ou du malade. Ce dernier a tendance à minimiser son alcoolisme et à mettre en exergue ce que les soignantes considèrent comme de petits problèmes accessoires. Prudence, bien qu'au fait de ce mécanisme, ne cache pas un certain agacement face à l'obstination du patient à refuser d'accepter la réalité objective, scientifique. Toutes deux constatent que cette opposition de points de vue empêche toute coopération dans le cadre du projet de soins et conduit à l'échec tous les efforts entrepris, ce qu'elles ressentent comme une frustration.
- Importance de la connaissance de la maladie et de l'intérêt porté à ses causes : Pour l'une comme pour l'autre, il est primordial de chercher à comprendre pourquoi le patient est devenu alcoolique afin d'établir avec lui une relation saine et fructueuse. Elles évoquent l'histoire de vie, les souffrances sous-jacentes, la construction psychique du patient. De même, elles estiment indispensable de connaître cette pathologie et ses répercussions sur le comportement, ce qui leur permet de ne pas se sentir personnellement visées par certaines attitudes. Cependant, si cette connaissance permet à l'une de faire face sereinement à toutes les manifestations négatives du patient alcoolique, l'autre admet ne pas pouvoir réprimer son agacement. Sachant qu'elles ont toutes les deux le même diplôme et les mêmes connaissances sur le sujet, nous pouvons faire l'hypothèse selon laquelle la différence de

réaction prend sa source au niveau culturel, relationnel, quoi qu'il en soit sur des critères subjectifs – ce qui sera confirmé par la suite.

- Relation freinée par l'inadaptation du service à la pathologie : Les deux interviewées ont conscience qu'il faudrait, pour de tels patients, avoir la possibilité de s'intéresser davantage à la personnalité du malade et de travailler avec lui sa motivation à entamer des soins. Mais elles constatent – et regrettent – qu'un service de médecine, principalement organisé autour de soins techniques, ne laisse que peu de place et de temps aux soins relationnels.
- Nécessaire adhésion du patient au projet de soins : Comparant l'alcoolisme à d'autres addictions, notamment celle au tabac qui les concerne toutes les deux, elles savent qu'aucune thérapie ne peut être entreprise sans la participation active de la personne. Or, elles déplorent le fait que la quasi-totalité des malades hospitalisés le soient pour motif somatique, c'est-à-dire en dehors de toute démarche volontaire de sevrage – même si le problème somatique en question est directement lié à leur alcoolisme, comme c'était le cas du patient de la situation de départ. Cette absence de volonté à se soigner bloquant d'emblée toute relation thérapeutique, elles ont pris le parti d'utiliser le temps d'hospitalisation pour tenter d'amener le malade à prendre conscience de son état et, ultérieurement, à entamer de façon volontaire une démarche de soins. Elles soulignent la complexité de cette procédure, le « déclic » conduisant à la prise de conscience et à la demande d'aide pouvant venir, pour chaque personne, à des moments différents et pour des raisons différentes. C'est pourquoi elles soulignent que cette démarche, quoique nécessaire, est « usante », puisqu'elle ne conduit que très rarement au succès sur la période concernée.
- Trouver une posture soignante adaptée : Si compassion et empathie sont une évidence et une nécessité pour les deux interviewées, il reste néanmoins important selon elles de ne pas verser dans l'excès. Du point de vue du malade, trop de compassion nuit à la prise de conscience de la réalité et de la gravité de son état. Du point de vue des soignants, c'est le risque d'un débordement émotionnel qui est mis en avant : l'expression « Ils font tous terriblement de la peine » est reprise plusieurs fois. L'investissement personnel lui aussi doit être maîtrisé, les tentatives de sevrage à moyen voire long terme se soldant fréquemment par des échecs. Ici, il est question de « d'espoir déçu » vis-à-vis duquel il faut « se protéger » par une prise de distance adaptée.

Thème 2 : Représentations du malade alcoolique

- Stigmatisation : Quasi-systématique chez leurs collègues – y compris médecins –, la stigmatisation de l'alcoolique se traduit selon les deux infirmières par l'apposition d'une « étiquette OH » conduisant à « enterrer même le fait que c'est une personne » (p. XVI, ligne 3) ; « [...] on n'est plus dans la relation humaine avec ces gens-là » (lignes 5-6). Une

fois l'étiquette posée, les soins à prodiguer au patient se limitent exclusivement à l'administration de Valium® et ses demandes ne sont plus écoutées : « s'il a mal à l'estomac, c'est pfff... on s'en fout c'est un OH » (p. XVI, ligne 12). On retrouve ici exactement le schéma décrit dans la situation d'appel, où le patient n'est pas parvenu à se faire entendre à propos de ses douleurs à la hanche. D'après elles, si les plaintes du malade alcoolique ne sont pas prises en compte, c'est d'une part parce que l'étiquette OH permet de connaître d'avance le traitement nécessaire mais aussi de prédire le comportement du patient, avant même toute prise de contact avec lui : il va faire un *delirium tremens*, il va être pénible, sonner constamment, se déperfusionner, etc. Mais ce n'est pas tout ce que l'étiquette permet de prévoir : l'issue de la prise en charge serait elle-aussi inmanquablement un échec, puisque « de toute façon ça va rechuter » (p. XX, ligne 149), « C'est l'étiquette échec dans c'te chambre, tu rentres, c'est l'échec ! » (p. XXI, ligne 186). L'échec serait une certitude, en raison de l'expérience qui montre que ce sont toujours les mêmes malades qui reviennent, mais aussi parce que l'alcoolique est présupposé menteur : le vieux cliché concernant la « parole d'alcoolique » est toujours largement utilisé, y compris par la mère de Prudence ! Contrairement à Gisèle, pour qui l'alcoolique n'est pas un menteur mais un malade, Prudence aurait tendance à rejoindre la position de sa mère sur ce point. Ce n'est sans doute pas le parallèle qu'elle fait avec son propre sevrage tabagique qui est en cause, mais plutôt un réflexe plus ou moins conscient d'attribution de responsabilité, tel que nous l'avons vu au sujet des représentations : la maladie est bien d'étiologie exogène, mais le fait de faire fi des recommandations sanitaires rend malgré tout le patient responsable de ce qui lui arrive.

- Personnalité du malade alcoolique : Si les infirmières décrivent le patient alcoolique comme une personne extrêmement angoissée, ayant du mal à porter de grosses souffrances, elles notent malgré tout certains traits de caractère présentés comme typiques : exigences immédiates, intolérance à la frustration, immaturité, faiblesse de tempérament, incapacité à se remettre en question et tendance à la manipulation. Leur discours montre que leur connaissance de la maladie les incite à comprendre donc pardonner ces travers, mais que leur récurrence les rend particulièrement pénibles à vivre au quotidien. D'où une alternance entre apitoiement et agacement, l'un comme l'autre difficilement maîtrisables. L'importance des connaissances sur la pathologie alcoolique est abondamment soulignée, puisqu'elle permet de comprendre qu'« ils sont pas alcooliques heu... pour nous faire chier quoi ! » (p. XXV, lignes 372-373) et de réaliser que certaines addictions, comme le tabac par exemple, sont moins stigmatisées parce que moins impactantes au niveau du comportement. Elles pensent qu'étant davantage stigmatisés, les alcooliques sont moins aidés que les autres personnes souffrant d'addiction, phénomène qui influe également sur

leur attitude. Ici encore et toujours, connaître est une chose – objective – et accepter en est une autre – subjective –, les deux n'allant pas nécessairement de pair !

- Influence de l'expérience personnelle : Prudence témoigne du fait que l'existence d'une personne alcoolique dans l'environnement familial impacte la représentation que l'on a des alcooliques. Elle indique à plusieurs reprises que « cela renvoie plein de choses » et précise qu'elle a rédigé son mémoire de fin d'études sur la prise en charge de l'entourage de l'alcoolique. Comme nous l'avons vu lors de l'étude des représentations, nous retrouvons ici l'imbrication des diverses composantes contribuant à la formation d'une représentation : la culture, l'éducation et la formation, la part subjective et affective. Paradoxalement – ou pas – c'est la soignante qui évoque l'alcoolisme familial qui semble faire preuve de la moins grande tolérance face à « la personnalité alcoolique ». On peut donc supposer qu'une expérience familiale difficile est susceptible de peser sur la relation que l'on peut établir avec d'autres alcooliques, faisant remonter à la surface le souvenir d'épreuves douloureuses. Et ce, quelles que soient les connaissances théoriques acquises *via* la formation.

Thème 3 : Adéquation des formations initiale et continue

- Formation reçue : La formation reçue en IFSI est décrite comme minimale et donc totalement insuffisante, l'infirmière la plus anciennement diplômée n'en avait d'ailleurs qu'un très vague et incertain souvenir. Elles tempèrent néanmoins leur jugement en précisant qu'il en avait été de même pour d'autres pathologies, peu ou pas approfondies non plus. Pour elles, l'addictologie reste une spécialité à laquelle doivent se former de façon spécifique les personnels qui s'y intéressent, y compris les médecins qu'elles estiment eux-aussi très mal formés à cette discipline. L'impossibilité d'approfondir toutes les pathologies lors du cursus en IFSI est mise en avant, mais il n'en demeure pas moins qu'elles reconnaissent que les alcooliques « méritent mieux que huit heures de cours » (p. XXV, pp. 369-370).
- Utilité de formations supplémentaires : Les deux soignantes considèrent l'alcoologie comme une spécialité à part entière, dans laquelle elles n'ont pas envie de s'investir davantage. Elles expliquent que le cursus en IFSI comporte nécessairement des lacunes, qu'il donne des bases dans tous les domaines sans en approfondir réellement aucun, par manque de temps. Il appartient donc à chaque soignant, s'il le désire, de compléter ces bases par un diplôme universitaire (DU) dans la ou les spécialité(s) de son choix, comme l'a fait Gisèle en passant un DU Plaies et Cicatrisation. Aucune ne porte suffisamment d'intérêt à la maladie alcoolique pour se spécialiser, d'autant que selon elles la prise en charge de ces patients ne devrait pas incomber aux services de médecine et que, quelles que soient leurs connaissances, l'organisation du service ne leur permettrait pas d'offrir des soins plus

efficaces. Malgré la réflexion élaborée qu'elles ont eue sur le sujet, elles n'ont donc pas envie d'approfondir la question, l'une s'étant spécialisée dans un autre domaine, l'autre ayant renoncé à s'intéresser aux pathologies dites psychiatriques.

Thème 4 : Influence de l'expérience professionnelle et personnelle

- Description de l'expérience : De leur expérience sur le terrain, les deux soignantes concluent avant toute chose que l'alcoolisme est une pathologie extrêmement fréquente, à tel point qu'elles s'estiment « envahies » par les alcooliques. Toutes les deux ont appris que les buveurs excessifs sont au centre d'une problématique complexe qui se manifeste par un rapport pathologique au produit, et non pas des déviants qui outrepassent volontairement les normes sociales établies. Elles rapportent cependant que l'alcoolique est un malade exigeant, chez qui le moindre petit problème prend des proportions démesurées et qui est constamment dans la demande. Leur expérience met aussi en avant le fait que le plus souvent, la situation familiale du patient se situe à un extrême : soit il n'a aucune famille – qu'elle n'existe pas ou qu'elle ait rompu tout contact – soit la famille est très voire trop présente, témoignant de la souffrance générée par l'alcoolisme de leur proche. L'agressivité potentielle est évoquée, mais ne ressort pas comme prioritaire. D'ailleurs, les professionnelles attribuent toutes les deux la survenue de comportements agressifs à un mauvais ajustement des traitements lors du sevrage : d'une manière générale, elles observent que les malades sont soit trop soit trop peu sédatisés. Ces approximations de dosage rendent encore plus difficile leur relation avec la personne soignée. Enfin, leur discours témoigne de la fréquence importante des rechutes, les mêmes patients étant réhospitalisés fréquemment. Les exemples de ces rechutes sont nombreux, alors qu'un seul succès leur est resté en mémoire.
- Influence de l'expérience : Pour ce qui concerne l'expérience personnelle, seule Prudence a évoqué la sienne, sans la décrire mais en mentionnant que l'alcoolisme de ses patients lui « renvoyait » beaucoup de choses. Cette expérience rend plus difficile sa relation avec les malades, faisant réapparaître des souvenirs difficiles voire douloureux. Son mémoire de fin d'études traitait d'ailleurs de la prise en charge de l'entourage de la personne alcoolique, preuve que selon elle l'alcoolisme d'une personne affecte ses proches, qui souffrent et restent démunis devant la situation. Cette souffrance de l'entourage ressort également de leur expérience professionnelle commune, elle est longuement soulignée par les deux infirmières. En tant que soignantes, elles ont appris à attribuer les comportements inadaptés des alcooliques à la maladie et non à un quelconque ressentiment personnel. L'une les supporte sans difficulté, tandis que l'autre reconnaît en être agacée, notamment du fait qu'elle estime que ces patients font perdre beaucoup de temps aux professionnels

dans ce service dont ce n'est pas la vocation première. Combinant leur expérience en service et ce qu'elles ont pu observer de l'attitude des familles, elles se questionnent sur l'aide à apporter au malade, sans arriver à déterminer la juste mesure entre trop et pas assez d'assistance. La fréquence des rechutes et échecs thérapeutiques ne les aide pas à trancher la question. Contrairement à la majorité de leurs collègues, qui ont fini par considérer qu'il était inutile d'entreprendre quoi que ce soit, elles ont opté pour une stratégie d'incitation et d'accompagnement, orientée vers le long terme. Elles n'attendent pas de résultats immédiats, mais prodiguent des conseils comme elles planteraient des graines, dans l'espoir qu'elles poussent un jour si tant est que l'accompagnement puisse être poursuivi. Car leur expérience leur a aussi montré qu'il ne peut y avoir de guérison à l'encontre de la volonté du patient, qui reste l'acteur principal de sa thérapie même si le besoin de soutien est évident. Cependant, l'espoir qu'elles placent dans la réussite des soins à long terme semble diminuer d'année en année, au rythme des échecs qui se multiplient.

Thème 5 : Aides à la prise en charge

- Aides disponibles : Les deux professionnelles se félicitent de la mise en place d'interventions régulières d'une infirmière addictologue. En tout premier lieu, elles évoquent le gain de temps que ce système leur procure, ce qui vient souligner une fois de plus l'importance selon elles du côté chronophage de l'alcoolique en soins généraux. Elles apprécient aussi le fait que cette infirmière pratique des entretiens, devenant le seul soutien psychologique de ces malades en l'absence de tout psychiatre ou psychologue. L'importance d'une prise en charge psychique est encore mise en avant lorsqu'elles citent le gastro-entérologue qui consulte ponctuellement : lui aussi traite uniquement les organes, et elles se demandent vers quel professionnel ce médecin renvoie les patients lorsque ses conseils ne sont pas suivis d'effet. En fin de compte, elles estiment que « c'est pas super bien fait » (p. XXVII, lignes 422-423) puisque d'une manière générale, « Mais y'a rien qui est fait pour aider ce gars ! » (p. XX, ligne 162).
- Aides supplémentaires qui seraient nécessaires : Partant du constat selon lequel « ils ont pas de lieu ces gens, personne en veut ! » (p. XIX, ligne 119), les deux infirmières pensent qu'« il faudrait un service spécialement pour eux » (p. XVII, lignes 50-51) puisque dans les services de médecine, les alcooliques ne sont pas pris en charge de façon globale. L'une d'elles souligne le fait que des services adaptés existent, mais que les malades ne souhaitent et/ou ne peuvent pas s'y rendre. En définitive, c'est l'articulation entre les divers services et les différentes compétences qui est mise en cause : la prise en charge apparaît comme morcelée, le parcours de soin peu fluide, les délais d'attente et l'éloignement géographique dissuadant les patients de persévérer dans les soins – ou leur donnant un prétexte pour

renoncer. De leur point de vue, l'alcoologie est une véritable spécialité à laquelle trop peu de professionnels sont formés et qui reste trop disséminée à travers le territoire.

Analyse séquentielle

Ce *focus group* ne fait pas réellement apparaître de séquences différenciées, les thèmes s'imbriquent les uns avec les autres dans un discours cohérent, avec une forte dynamique d'élocution du début à la fin. Même si chacune s'exprime à sa façon, avec sa sensibilité propre – très différente de la neutralité générale des deux entretiens précédents – elles s'accordent globalement tant sur les faits que sur les représentations.

La seule opposition notable se situe au niveau subjectif, dans leurs perceptions respectives du comportement de l'alcoolique dans le service. Si l'une se dit très à l'aise et complètement détachée, l'autre affirme que la relation avec ce type de patient lui est difficile émotionnellement. On comprend à travers son discours que ses expériences professionnelles et personnelles participent à cette difficulté : d'une part elle se dit peu à l'aise avec les pathologies dites psychiatriques – discipline qu'elle a longtemps pratiquée mais dont elle s'est lassée et ne garde pas un très bon souvenir –, d'autre part elle évoque un alcoolisme familial lui renvoyant des affects pénibles.

Hormis cette différence de réaction « épidermique », les deux infirmières décrivent des représentations très similaires de la personne alcoolique, basées majoritairement sur le modèle trivalent : bio-psycho-social. Tout en tenant compte des atteintes somatiques, elles attachent une grande importance à la construction psychique des malades, à leur histoire de vie et à leur environnement. Concernant l'imputation causale, l'alcoolique n'est pas perçu comme fondamentalement déviant donc responsable de son état : « C'est pas le patient qui est chiant pour faire chier ! » (p. XVIII, ligne 75), elles évoquent au contraire une grande souffrance morale, une inadaptation à l'environnement et une dépendance affective. Elles affirment même que l'alcoolique « mérite » mieux que la prise en charge qui lui est actuellement proposée, s'opposant ainsi radicalement à la plupart de leurs collègues, qui selon elles ne sont « plus dans la relation humaine avec ces gens-là » (p. XVI, lignes 5-6).

Néanmoins, même si ces représentations positives sont partagées par d'autres professionnels – principalement des « spécialistes » tels que l'infirmière addictologue – de nombreuses carences subsistent dans la prise en soins des personnes alcooliques. Ces lacunes sont imputées à l'organisation générale des services, au nombre toujours croissant de patients, au fait qu'il n'existe pas de structure totalement adaptée – mais pourrait-on envisager une structure spécifique pour chaque pathologie ? – et aux particularités de la maladie alcoolique, qui plus que toute autre use les patiences. On a ainsi l'impression qu'au sein d'une même représentation générale, les diverses composantes qui participent à sa construction peuvent s'opposer, aboutissant à une image

finalement ambiguë où connaissances théoriques et appréciations raisonnées sont contredites par les réactions immédiates de surface. Nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle la question de la responsabilité – voire de la faute – du malade, évoquée précédemment lorsque nous avons étudié le processus de stigmatisation, réapparaît ici de façon plus ou moins consciente. Le soignant a beau savoir de façon certaine, puisque scientifique, que le patient ne peut adopter un autre comportement en raison de sa pathologie même, il ne peut réprimer son agacement face à cette attitude déviante, socialement hors normes. En effet, ses préconstruits sociaux l'amènent à juger l'alcoolique irresponsable – puisque ses actions le sont – et toute son empathie professionnelle ne suffit pas à l'empêcher de s'offusquer.

5.5. Analyse critique de l'enquête exploratoire

L'enquête menée sur le terrain souffre de plusieurs biais, malheureusement inévitables au vu des conditions de réalisation de ce travail et des délais impartis.

Tout d'abord, je précise que deux soignantes ne faisant pas partie des infirmières interrogées ont néanmoins répondu spontanément au test d'association de mots : l'infirmière cadre de l'un des services et une aide-soignante de ce même service. L'étude portant sur les représentations soignantes vis-à-vis des malades alcooliques, j'ai intégré leurs réponses à ce test dans l'analyse de données. En effet, j'ai estimé que leur fonction les rendait légitimes pour répondre et cela m'a permis d'intégrer deux réponses supplémentaires sans, de mon point de vue, fausser la démarche.

Idéalement, les professionnels interrogés devaient comporter autant d'hommes que de femmes, d'âges aussi variés que possible. Mais le choix des personnels ayant participé à l'entretien a été effectué, dans tous les services, par le cadre de santé, ce qui a eu pour résultat un panel constitué uniquement de femmes, âgées de 40 à 50 ans.

Selon Laurence Bardin, une analyse qualitative nécessite pour être valide un nombre minimum d'une trentaine d'entretiens. Même si ce nombre peut sembler relativement restreint en raison du fait qu'il s'agit d'une analyse intensive, je n'ai pu réaliser que quatre entretiens auprès d'infirmières travaillant dans deux centres hospitaliers différents, ce qui est bien inférieur au total permettant la validité de ce travail. En revanche, la durée moyenne de chaque entretien correspond au temps moyen requis qui est d'une demi-heure à une heure, soit en longueur – après retranscription dactylographiée – entre 4-5 et 40-50 pages. La retranscription a été réalisée de façon à conserver un maximum d'information linguistique et paralinguistique, notamment les silences, onomatopées, troubles de l'énonciation, rires, ton ironique... En définitive, après étude des entretiens réalisés, il m'est apparu que toutes les soignantes exprimaient, chacune à sa façon, globalement les mêmes idées principales. N'ayant pas constaté de différence ou de nouveauté notable entre le premier et le

dernier entretien, j'ai supposé qu'il était peu probable qu'il en survienne en multipliant les entrevues – ce qui m'était, de toute façon, impossible compte tenu du planning de ce travail.

Durant certains entretiens, nous avons été interrompues par divers professionnels qui avaient besoin de matériel se trouvant dans la salle utilisée, ou qui souhaitaient obtenir une information de la part de la personne interrogée. À tel point que nous avons parfois été obligées de changer de salle en cours d'entretien. Ces interruptions dans le cours de l'exposé sont préjudiciables, en particulier concernant la méthode d'analyse de l'énonciation, puisque la personne questionnée a été contrainte d'interrompre le cours de sa pensée pour tenter de le reprendre après s'être déplacée et/ou avoir conversé avec d'autres personnes. Néanmoins, il semble que dans ces cas-là, l'interviewée ait relativement bien réussi à reprendre son énoncé à l'endroit où elle l'avait laissé, sans rupture apparente dans le flux de ses idées. Je n'ai d'ailleurs pas eu besoin de relancer l'entretien.

Le cadre dans lequel se sont déroulés les entretiens, c'est-à-dire une salle de soins ou une salle de repas dans laquelle d'autres personnels étaient susceptibles d'aller et venir, n'a sans doute pas permis aux soignants questionnés de répondre avec toute la sincérité souhaitée. Par ailleurs, il m'a semblé que bien que les entretiens se soient déroulés de façon directe et spontanée, le fait de se savoir questionnés sur un sujet spécifique a amené les professionnels à donner des réponses correspondant davantage aux attendus qu'à la réalité. Cette remarque est particulièrement valable pour les deux premiers entretiens, les infirmières ayant été prévenues de ma visite et de son objet – ce qui n'était pas le cas des infirmières du troisième entretien. Ainsi, même si les participantes ont reconnu avec beaucoup de franchise que la stigmatisation des malades alcooliques était une réalité en milieu hospitalier, aucune n'a évoqué d'anecdote en ce sens.

Les circonstances ont fait que les deux derniers entretiens se sont déroulés sous forme de *focus group*. D'une part, la cadre de service avait oublié de prévenir les infirmières de ma visite : par conséquent, elles n'avaient pas eu la possibilité de s'organiser de façon à réserver une plage horaire en vue des entretiens, ceux-ci devant donc s'intégrer à leur temps de pause méridienne. D'autre part, dès l'annonce du thème de l'entretien, elles ont spontanément entamé un débat, que j'ai jugé intéressant de ne pas interrompre. Le *focus group* est une technique d'enquête qualitative, contrairement aux enquêtes qualitatives qui s'appuient sur un questionnaire. Son utilisation m'a semblée pertinente dans le cadre de ce travail, puisque « *Les focus groups constituent une méthode appropriée de recueil de données lorsque l'on s'intéresse aux représentations sociales car ils sont fondés sur la communication et celle-ci est au cœur de la théorie des représentations sociales* » (Kitzinger, Markova, & Kalampalikis, 2004, p. 239). Le *focus group* serait donc une méthode adéquate pour une recherche concernant une question d'ordre éthique dans le cadre d'une pratique professionnelle. Il permet de recueillir les opinions des participants au cours d'une discussion, la

dynamique et les échanges entre les personnes constituant une aide au développement de leur réflexion. « Les focus groups se composent, en général, de 4 à 8 participants ; au-delà, il devient difficile de suivre les échanges » (Kitzinger, Markova, & Kalampalikis, 2004, p. 240). Je n'avais ici que deux participants, ce qui a sans doute limité l'expression et la discussion d'opinions controversées, mais a permis en revanche d'obtenir une discussion plus claire et structurée.

Pour finir, la difficulté majeure de ce type d'analyse a été d'arriver à synthétiser l'ensemble des discours recueillis, afin d'obtenir le schéma d'une réalité représentant la population soignante dans son ensemble, sans toutefois perdre le sens des perceptions individuelles.

6. Problématique

Les représentations soignantes vis-à-vis des alcooliques, telles qu'elles sont socialement et culturellement construites, et même si elles sont susceptibles de quelques variations, conduisent généralement à une vision négative du malade qui suscite elle-même des comportements stigmatisants et une prise en soins qui ne correspond pas à ce qu'elle pourrait – ou devrait – être comparativement aux recommandations de bonnes pratiques. « *Comme si l'altérité que nous imposent nos patients addicts nous posait, à nous aussi, quelque problème* » (Descombey, La répétition des contre-attitudes, 2004a, p. 100).

Au sujet des représentations, l'étude de l'*Anthropologie de la maladie* nous a appris que « [...] chaque élaboration (tant savante que populaire) d'une représentation résulte d'un choix à la fois culturel et individuel, logique et affectif [...] » (Laplantine, 1986, p. 43). Les représentations, perceptions finalement sélectives et apprises, peuvent se transformer en fonction d'éléments extérieurs à elles, le plus souvent en lien avec la dynamique de la société concernée. Pour l'auteur, elles sont la résultante des rapports entre les modèles entre eux, et entre ces modèles et la société. Or, il précise que la culture médicale est en passe de devenir une partie importante de notre culture, ce qui nous amène à supposer que les connaissances médicales pourraient exercer une influence non négligeable sur la formation ou la transformation des représentations. Avec cependant un bémol, qu'exprime François Laplantine lui-même : « *Autrement dit, même si l'on a parfaitement conscience que ce modèle, dont les réussites sont incontestables pour la pathologie microbiologique, est d'une beaucoup moins grande rentabilité pour la pathologie de la régulation (ou de la relation), il n'en demeure pas moins la référence* » (1986, p. 319).

Au vu de ce que nous avons découvert concernant le processus d'élaboration des représentations et les facteurs capables de les faire évoluer, nous pouvons cependant nous demander si une meilleure formation des soignants dans le domaine de l'addictologie, et plus particulièrement de l'alcoolologie, pourrait avoir pour effet de modifier partiellement leurs représentations de la personne alcoolique.

Le processus de stigmatisation, en lien étroit avec les représentations qui lui donnent naissance, serait par voie de conséquence impacté lui aussi, ce qui permettrait une prise en charge de ces patients à la fois plus facile et plus adaptée à leur pathologie. Et ce, même si l'enquête de terrain a mis l'accent sur le fait qu'au niveau de la représentation de l'alcoolique, les composantes issues de la formation pouvaient entrer en conflit avec celles issues de la culture et de l'histoire personnelle et affective. Il semble en tout état de cause qu'il faille rester lucide et ne pas oublier que le personnage de l'alcoolique d'aujourd'hui – l'ivrogne d'hier – occupe une place indispensable dans notre société : cet être immodéré voire irresponsable, intempérant et bruyant fait office de repoussoir et valorise le consommateur responsable qui, lui, boit avec modération. Il paraît difficile, de ce point de vue, de se passer de ce frère ennemi qui horripile autant qu'il rassure.

7. Question de recherche

Une fois établi le lien qui unit représentations et stigmatisation et posée la question de l'influence de la formation sur ces deux éléments, nous avons cherché dans la littérature des études récentes sur ce sujet. La plupart d'entre elles font en effet le constat d'une relation entre formation et aisance, mais aussi compétence, dans la prise en charge de ces patients spécifiques. Ainsi, Michel Naudet remarque en 2006 que les médecins non formés en alcoologie montrent de la réticence à aborder cette question avec leurs patients, tout en établissant un lien entre cette réticence et leur formation, ainsi que leurs représentations des malades alcooliques. Ailleurs, une initiative locale de formation a été menée auprès des soignants d'une communauté d'établissements. Cette formation mettait l'accent sur l'importance de l'attitude du soignant concernant les motivations au changement du patient alcoolique, les connaissances du produit alcool et des conséquences de sa consommation excessive et enfin sur l'écoute empathique et la relation d'aide. Les résultats indiquent que « *Quelle que soit la catégorie de personnel, la formation a ébranlé les représentations inadaptées sur l'alcoolisme comme conséquence d'une caractéristique personnelle stable, d'un vice, d'une faiblesse, d'une personnalité pré-alcoolique ou d'une démarche volontaire ("se mettre dans l'alcool"). L'alcool est davantage perçu comme une stratégie d'adaptation* » (Bouvet-Leprince, Baert, de Saint Aubert, Eraldi-Gackière, & Gibour, 2011, p. 52).

Ailleurs encore, une unité d'accueil pour patients alcooliques a été créée à l'hôpital général, avec l'idée d'une meilleure prise en compte de la relation soignant-soigné. Cette démarche était issue du constat selon lequel « *D'une manière fréquente à l'hôpital général, les patients alcooliques suscitent chez les soignants des contre-attitudes négatives. Ils apparaissent trop clairement aux yeux des soignants comme les agents principaux de leur propre maladie* » (de Timary, Ogez, Van den Bosch, Stärkel, & Toussaint, 2007, pp. 196-197). Après analyse de ces contre-attitudes soignantes,

l'équipe a été capable de mieux saisir les problématiques des malades et de leur proposer des soins en adéquation avec leurs attentes.

Enfin, Henri Gomez affirme que « *L'accompagnement au temps pré-alcoolique suppose des acteurs informés de cette problématique, au fait des difficultés d'une relation caractérisée longtemps par l'absence de demande d'aide ou du moins par une grande ambivalence* » (2009, p. 80). Pour lui également, l'accompagnement – autrement dit la relation d'aide – ne peut être bénéfique pour le buveur que si le soignant dispose d'un minimum de connaissances sur la pathologie alcoolique.

Sur la base de ces nouvelles lectures, nous pouvons dégager une question de recherche qui pourrait être formulée ainsi :

« Quel est l'impact de la formation des soignants en alcoologie sur la qualité de leur prise en soins des malades alcooliques ? »

8. Conclusion

Ayant choisi un stage préprofessionnel aux Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) de Montfavet, entrecoupé par un stage en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), j'attendais de l'étude de ces ouvrages et du résultat de l'enquête de terrain des informations pouvant me permettre de mieux appréhender les complexités de la relation de soins concernant les personnes alcooliques. Les expériences vécues en stage m'avaient en effet conduite à me questionner sur l'origine des représentations soignantes concernant ces patients, mais aussi sur la difficulté qu'il pouvait y avoir à surmonter, voire à faire évoluer ces représentations afin de mettre en place une relation conforme à ce que l'on en attend au regard des bonnes pratiques. Car pour chaque patient, qu'il soit ou non alcoolique, « *le geste, le regard, la parole sont à la fois des outils de travail et des matières d'attention, des manières de prendre soin ou d'éprouver la solidité du lien* » (Andréo, et al., 2013).

S'il est clair qu'il existe un écart considérable entre les bonnes intentions et la réalité, j'espère que ce travail pourra mettre en évidence le fait qu'il est possible de dépasser ses préjugés, et indiquer de quelle façon ceux et celles qui parviennent à prendre en soins ces malades avec respect et humanité ont su travailler leurs représentations, ou du moins les mettre suffisamment à distance pour qu'elles n'interfèrent pas sur leur pratique au quotidien. Car si l'on veut que le malaise de nombreux soignants vis-à-vis des alcooliques s'atténue – ou mieux, disparaisse –, il sera utile d'améliorer leur connaissance de la problématique de ces buveurs excessifs afin qu'ils puissent identifier plus clairement ce qui entrave la relation, chez les alcooliques mais également en eux-mêmes.

Mais ainsi que le souligne Jean-Paul Descombey : « *Cependant il faut admettre que beaucoup reste à faire pour que les patients ne soient plus ces « parias de la thérapeutique » . Il subsiste encore des résistances à la prise en considération de leur existence, de la spécificité de leurs problématiques »* (2004b, p. 72).

9. Bibliographie

- Andréo, C., Bernard, O., Bolo, P., Byrne, J., Coppel, A., David, M., . . . Rolles, S. (2013). *Histoire et principes de la réduction des risques : Entre santé publique et changement social*. Paris: Médecins du Monde.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bouvet-Leprince, V., Baert, R., de Saint Aubert, C., Eraldi-Gackière, D., & Gibour, B. (2011). Sensibilisation en alcoologie : impact sur les personnels soignants. *Alcoologie et Addictologie*, pp. 49-54.
- de Timary, P., Ogez, D., Van den Bosch, M., Stärkel, P., & Toussaint, A. (2007). Dispositif complémentaire de soins pour alcooliques à l'hôpital général. *Cahiers de Psychologie Clinique*, pp. 185-205.
- Descombey, J.-P. (2004a). La répétition des contre-attitudes. *Psychotropes*, pp. 83-101.
- Descombey, J.-P. (2004b). L'humanité des alcooliques : De l'exclusion à la prise en considération de leur humanité. *Vie Sociale et Traitements*, pp. 70-73.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Gomez, H. (2009). L'accompagnement en alcoologie clinique. *Empan*, pp. 78-81.
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). (2017). *L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (IHIS-ESPS) 2014*. Paris.
- Kitzinger, J., Markova, I., & Kalampalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups ? *Bulletin de psychologie*, pp. 237-243.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie : Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot.
- Maisondieu, J. (2014). *Les Alcooléens : L'alcoolisme, au carrefour de la honte et du mépris*. Montrouge: Bayard.
- Naudet, M., & Miche, J.-N. (2006). Prise en charge du problème alcool par le médecin généraliste : Impact de sa formation et de ses représentations. *Alcoologie et Addictologie*, pp. 41-50.
- Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H.-J., & Benyamina, A. (2006). *Traité d'addictologie*. Paris: Flammarion.

Richard, D., Senon, J.-L., & Valleur, M. (2004). *Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris: Larousse.

Annexes

1. Autorisation de diffusion du travail de fin d'études



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Emmanuelle DEVIGNE

Promotion : 2019-2022

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)
.....

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒ non ☐

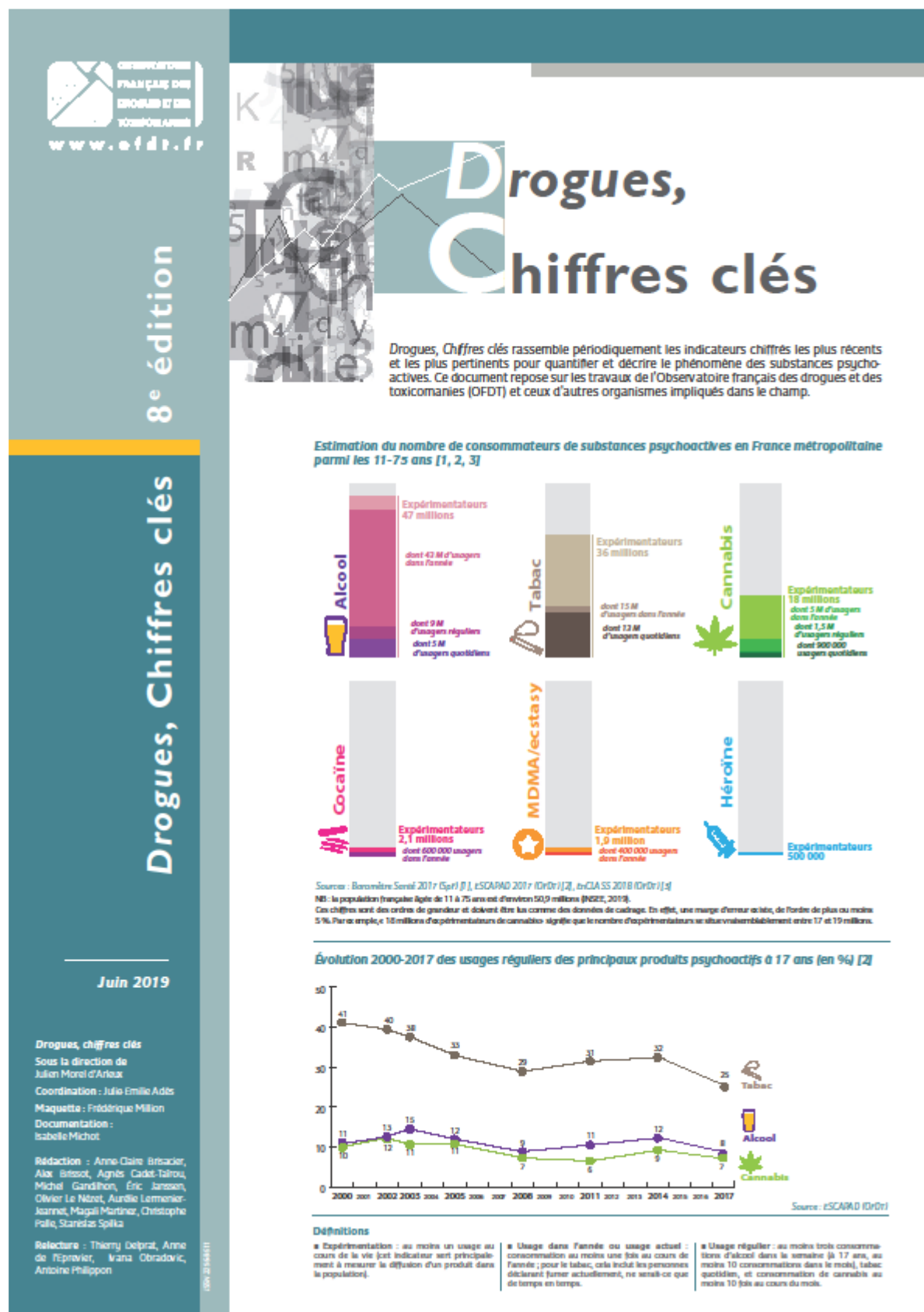
En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒ non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 09.02.22 Signature : 

2. Drogues, Chiffres Clés – 8^{ème} édition – Juin 2019



3. Autorisations d'enquête

3.1. Demande d'autorisation d'enquête



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. DEVIGNE Eulmannelle

Étudiant(e) en soins infirmiers

Adresse :

84800 L'ISLE/SORQUE

Téléphone :

Mail :

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Avignon, le 14.02.2022

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : Génédecine A

auprès de la(des) population(s) : IDF

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

Alcoolisme : le soin à l'épreuve des représentations

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

Prise en soins du patient alcoolique (entretiens semi-directifs)

- Représentations

- Influence de la formation

- Expérience professionnelle / personnelle

- Aides à la prise en charge

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

E. DEVIGNE

3.2. Autorisation d'enquête

Bonjour,

Je ne comprends pas pourquoi votre choix se porte seulement sur la médecine A. Nous recevons des patients alcoolodépendants dans les 2 services de médecine. De plus le service de médecine A est depuis fin 2021 le service COVID.

Je vous autorise à mener vos entretiens. Je vous donne le nom et les coordonnées des 2 cadres de médecine :

Mme [REDACTED] médecine B : [REDACTED]@ch-cavaillon.fr

Mme [REDACTED] médecine A : [REDACTED]@ch-cavaillon.fr

Contactez-les pour pouvoir organiser vos rencontres.

Cordialement,

Mme [REDACTED]

Cadre supérieur de Santé

Tél. : 07 77 37 [REDACTED]



4. Guide d'entretien

« Je suis étudiante en 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Avignon. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise des entretiens, d'une durée de 20 à 30 minutes, sur le thème de la prise en charge des patients alcooliques. Ces entretiens sont bien sûr anonymes : aucun nom ni prénom n'apparaîtra sur le recueil de données et la localisation de l'hôpital ne sera pas mentionnée. Avec l'autorisation des personnes interrogées, ils feront l'objet d'une retranscription intégrale sans modification. Êtes-vous d'accord pour participer à un tel entretien et pour qu'il soit enregistré ? »

Question inaugurale :

« Comment prenez-vous en soins un patient alcoolique ? »

4.1. Les représentations du malade alcoolique

- « Quel est votre ressenti prépondérant lors de la prise en charge d'un patient alcoolique ? »
- « Si je vous dis alcoolique, quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit ? »

4.2. La formation

- « Les cours d'addictologie dispensés dans le cadre de vos études infirmières vous ont-ils semblés suffisants pour vous permettre de prendre en charge un patient alcoolique ? »
- « Avez-vous reçu, au cours de votre exercice professionnel, une formation complémentaire en addictologie et spécialement en alcoologie ? »
- « Selon vous, que peut apporter une telle formation aux soignants ? »

4.3. L'expérience professionnelle / personnelle

- « Avez-vous déjà rencontré des difficultés lors de la prise en charge de patients alcooliques ? Dans l'affirmative, lesquelles et pour quelle(s) raison(s) selon vous ? »
- « Pensez-vous que votre vécu personnel peut avoir une influence sur la manière dont vous prenez en charge un malade alcoolique ? »
- « D'après votre expérience, quels facteurs peuvent orienter la prise en soins ? »

4.4. Les aides à la prise en charge

- « Quels types d'aide à la prise en charge des patients alcooliques avez-vous à disposition ? »
- « Quelles aides à la prise en charge de tels patients aimeriez-vous que l'on vous propose ? »

4.5. Caractéristiques du soignant interrogé

- Sexe : Homme / Femme
- « Quel âge avez-vous ? »

- « De combien d'années d'expérience dans cette profession disposez-vous ? »
- « Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? Avez-vous des remarques à faire ? »
- « Merci pour votre participation. »

5. Retranscription des entretiens

Afin de respecter la confidentialité, les prénoms des personnes interviewées ont été remplacés par des prénoms attribués au hasard.

Légende :

- *Italique* : Mots sur lesquels les interviewés ont particulièrement insisté.
- (Entre parenthèses) : Notes sur les attitudes et comportements des personnes interrogées

5.1. Entretien n° 1

- 1 Moi : « Comment prenez-vous en charge un malade alcoolique ? »
- 2 Sylvaine : « La prise en charge... pour moi, un patient c'est un patient, que ce soit alcoo... pour moi
3 c'est une pathologie, donc heu... je fais pas de différence entre ce type de patients et les autres.
- 4 Moi : « Il n'y a pas de spécificités dans la prise en charge de ces patients ? »
- 5 Sylvaine : « Bah déjà on a une infirmière addicto, donc heu... s'il y a un interrogatoire ou s'il faut
6 rechercher, on fait appel à l'infirmière addicto maintenant. Mais heu... moi, un patient qui arrive,
7 qui a chuté, qui est OH... c'est un patient pour moi. Après oui, vous allez vous poser des questions
8 sur ses habitudes, quand on fait le recueil de données à l'entrée pour essayer de voir un petit peu,
9 mais c'est un patient, c'est un patient... Je ne vois pas la différence entre un patient alcoolique et un
10 toxico ou... ou un cancéreux ou... C'est une pathologie. »
- 11 Moi : « Une pathologie oui, qui vous amène à... »
- 12 Sylvaine : (Me coupe) « Nous, on a une infirmière addicto maintenant. Avant on n'en avait pas,
13 mais maintenant on a une infirmière addicto. Donc effectivement dès qu'on reçoit ce patient, ou
14 cette patiente, on va faire un recueil de données à l'entrée, pour voir un peu ses habitudes, quel est
15 son *lieu de vie*, pour voir *un petit peu*... Ensuite, on va faire l'orientation avec l'infirmière
16 d'addictologie qui va venir faire les recueils et voir un petit peu. En tout cas il y a l'assistante sociale
17 donc voilà, on va... Mais... C'est pareil que si j'avais une personne âgée qui a chuté pour... à domicile,
18 s'il faut mettre des aides... voilà, pour moi c'est exactement pareil. C'est une pathologie l'alcoolisme,
19 donc heu... »
- 20 Moi : « Au niveau de votre ressenti, c'est exactement pareil ? »
- 21 Sylvaine : « Pareil. J'en fais tellement depuis... Bon là on n'en fait presque plus, mais avant on avait
22 le médecin qui était addicto, on en a eu quoi ! J'ai eu des trucs de ouf ! Un patient qui arrivait pour
23 sevrage et qui est revenu complètement bourré ! C'est la pathologie, on n'y peut rien peuchère, c'est
24 pas... » (Blanc)
- 25 Moi : « Pour vous, ce comportement fait partie de la maladie, ça ne vous agace pas ? »
- 26 Sylvaine : « Ah non, non non, moi ça m'agace pas. Après ce qui m'agace, c'est que... que c'est difficile
27 à entendre... c'est quand vous avez par exemple, j'ai une patiente actuellement, qui est alcoolique
28 depuis des années... on essaie, mais... qui refuse tout quoi. Et qui, petit à petit, bah... s'enfonce dans
29 la cirrhose, enfin dans les... et qui n'arrive pas à... Donc c'est vrai que des fois c'est un peu agaçant
30 quoi. Elle arrive dans un état, c'est... Et non. »

31 Moi : « Ce qui vous agace c'est l'absence de prise de conscience... »

32 Sylvaine : (Me coupe) « Voilà ! Et pourtant, elle vous dit "Oh là là, je suis pas bien !", eh oui mais,
 33 c'est parce que vous... voilà. Mais après, voilà... Après on ne peut pas aller à leur rencontre, on peut
 34 pas forcer donc c'est... À un moment donné, on est obligé de... voilà. On poursuit, on aide, mais... »

35 Moi : « Avec l'infirmière addicto qui oriente... »

36 Sylvaine : (Me coupe) « Tout à fait. Par exemple là on l'avait proposée pour faire un... une cure et
 37 puis... non, non non... On peut pas les forcer non plus. Elle refusait. Elle voulait pas. »

38 Moi : « Votre principal ressenti dans la prise en charge du malade alcoolique, c'est donc plutôt une
 39 forme de frustration face au refus du patient de s'engager dans une démarche de soins ? »

40 Sylvaine : « Oui ! Surtout quand vous suivez ces personnes-là depuis très longtemps. Et que vous
 41 les voyez revenir... Et que quand vous êtes arrivé à les sevrer, à essayer de faire un projet, vous vous
 42 dites "Ouais, chouette, on va y arriver !" et que trois mois plus tard vous les revoyez... C'est vrai qu'à
 43 force, à la longue, à un moment donné, c'est assez frustrant. »

44 Changement de salle, suite à l'arrivée de plusieurs personnes en salle de soins...

45 Sylvaine : « On voit les patients qu'on a essayé et que... on s'est dit " Chouette ! " et puis qu'ils
 46 reviennent et qu'ils re-retombent et qu'il re-retombent... C'est vrai qu'à un moment donné vous
 47 arrêtez... vous baissez un peu les bras. C'est vrai, pour ceux... » (Blanc)

48 Moi : « Le côté chronique et répétitif ? »

49 Sylvaine : (Me coupe) « Ouais... ouais ! Ce qui est différent chez le... enfin l'alcoolisme, c'est un peu
 50 différent mais... c'est un peu... c'est un peu le même style que quand vous prenez des patients
 51 diabétiques, c'est pareil... voilà, que vous éduquez, que voilà, qu'à chaque fois ils reviennent avec
 52 une glycémie complètement... parce qu'ils ne suivent pas à la maison... c'est... voilà. C'est des
 53 maladies chroniques, c'est un peu ça, à un moment donné... vous baissez puis après vous reprenez
 54 mais c'est vrai que c'est... des fois c'est un peu... un peu dur. » (Blanc)

55 Moi : « Donc, le côté chronique et répétitif et l'absence de suivi ? »

56 Sylvaine : « Quelque chose toujours... chez les patients alcooliques, généralement on les garde assez
 57 longtemps ici, pour le temps de sevrage et tout ça donc... vous instaurez quand-même une... puis
 58 bon, ils vont en cure, donc vous dites : "OK, ils vont aller en cure", on va les suivre ici et tout ça et
 59 puis boum, au bout de trois mois, allez, ils reviennent parce que bon, ils ont rechuté... » (Blanc)

60 Moi : « Ce qui vous déçoit, c'est que vous leur faites confiance pour s'investir dans un suivi et... »

61 Sylvaine : (Me coupe) « Ouais ! Mais... après des fois aussi il y a la prise en charge à l'extérieur qui
 62 n'est peut-être pas soutenue non plus aussi, des fois... parce que je trouve que bon, une personne,
 63 elle est stressée, ce sont des personnes fragiles donc c'est vrai que... ils restent chez nous trois
 64 semaines, après ils vont en cure des fois c'est quatre semaines, mais des fois après on les laisse à la
 65 maison et ça... un retour dans une... avec pas trop de suivi... alors que ce sont des personnes qu'il
 66 faudrait qu'ils soient vraiment soutenus. » (Blanc)

67 Moi : « Plus longtemps que ça ? »

68 Sylvaine : « Ouais. Plus longtemps que ça. »

69 Moi : « Accompagnés ? »

70 Sylvaine : « Ouais. Parce que malheureusement le moindre truc ça les fait... heu... après c'est ce que
71 je trouve... mais enfin, moi je trouve que c'est un peu dommage. » (Blanc)

72 Moi : « Patient alcoolique : quels sont les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit ? »

73 Sylvaine : (Soupir) « Dépression, heu... tristesse... et durée. »

74 Moi : « Toujours la notion de durée ! »

75 Sylvaine : « Ça fait vingt ans, et j'ai jamais vu une personne OH... la plus longue que j'ai vue tenir,
76 c'est trois ans. » (Blanc)

77 Moi : « Tenir... ? Abstinente ? »

78 Sylvaine : « Que je n'ai pas vue depuis trois ans, ouais. Par contre, j'en ai eu beaucoup de décédées. »
79 (Blanc)

80 Moi : « Durant vos études d'infirmière, vous avez eu des cours d'addicto ? »

81 Sylvaine : « Alors, j'ai eu des cours d'addicto mais ça remonte à loin... après j'ai eu des formations
82 addicto puisqu'on avait un addictologue. »

83 Moi : « D'abord, dans le cadre de vos études, les cours d'addicto que vous avez reçus vous ont-ils
84 paru suffisants pour arriver à prendre en charge ces patients ? »

85 Sylvaine : « Heu... quand moi j'ai fait mes études, heu... addicto-addicto non. On a beaucoup
86 survolé les addicto. Ouais ! On les avait un peu survolées les addicto ! » (Rire)

87 Moi : « Six ou huit heures, comme actuellement ? »

88 Sylvaine : « Voilà ! Tout confondu ouais. Non, on les avait survolées. »

89 Moi : « De votre point de vue, c'est insuffisant ? »

90 Sylvaine : « Après le problème... enfin... le problème c'est que le cursus des études infirmières c'est
91 trois ans, avec tout ce qu'il y aurait à savoir, je... je sais pas comment on pourrait faire. Parce que
92 moi tout ce que je sais, c'est que je l'ai... c'est que j'étais aide-soignante *avant*, mais j'étais en service
93 de médecine poly... avec un médecin *addicto*, donc les sevrages OH... on avait aussi la psychiatrie,
94 donc c'est vrai que... » (Blanc)

95 Moi : « Donc vous aviez déjà un bagage avant ? »

96 Sylvaine : « Voilà ! *Avant* ! »

97 Moi : « Et ensuite, du fait d'être dans ce service-là, vous avez fait des formations en plus ? »

98 Sylvaine : « Alors non, à part le Dr. C (médecin addictologue) qui nous faisait des petites
99 formations... de prise en charge des patients OH... mais il n'y a pas de trop de formation... du tout,
100 en plus moi ma spécialité c'est plutôt l'oncologie donc... » (Rire)

101 Moi : (Rire)

102 Sylvaine : « Bah ouais mais comme c'est médecine poly, on fait un peu de tout, mais c'est vrai
 103 qu'après on a des choix... enfin... là on en a moins des personnes heu... alcooliques, étant donné
 104 qu'on n'a plus le Docteur C. donc du coup on en a beaucoup moins. »

105 Moi : « Pensez-vous que cela pourrait être utile, pour les infirmières qui travaillent dans des services
 106 concernés par la pathologie alcoolique, d'avoir un complément de formation ? »

107 Sylvaine : « Bah oui ! Faudrait avoir des formations... du suivi, des formations... déjà pour la prise
 108 en charge du patient en fait...OH, alcoolique... chacun est différent avec son propre vécu donc heu...
 109 c'est vaste ! Pis quand on y rentre, on y rentre, c'est comme la psychiatrie ça. Bon y'a toujours un
 110 fond, mouais, mais quand on y rentre on y rentre quoi ! Donc il faut arriver à... bien se positionner
 111 et à essayer de... de pas trop trop s'impliquer quoi et rester heu... Bah non mais je suis... enfin... c'est
 112 prenant quoi ! C'est comme heu... pas un peu comme la cancéro mais... là, avec ces patients-là...
 113 ouais, je trouve ça assez... ouais...

114 Moi : « La prise en charge de ces patients implique toute leur histoire de vie, tout ce qui s'est passé
 115 avant ? »

116 Sylvaine : « C'est ça, c'est ça ! C'est ça et pis comme j'ai dit du chronique alors quand vous avez
 117 monté un projet et que ça casse, que... il faut arriver à surpass... enfin... enfin à un moment vous
 118 baissez les bras, vous êtes même vous-même en colère parce que ça vous emmène... "Flûte alors !
 119 On a..." Donc il faut arriver à... ouais... non mais, oui oui, il faut essayer. Ah c'est pas facile hein !
 120 Mais de toute manière rien n'est facile en ce moment ! (Rire) Donc heu... Mais c'est vrai que c'est
 121 très intéressant, mais c'est vrai qu'il faut vraiment s'impliquer. »

122 Moi : « C'est intéressant et il faut s'impliquer... parce que ce sont des personnes qui sont dans le
 123 besoin, dans l'attente de quelque chose ? Qu'ils ne savent pas vraiment eux-mêmes de quoi... »

124 Sylvaine : (Me coupe) « Tout à fait ! Non plus oui ! Tout à fait ! » (Blanc)

125 Moi : « Donc pour vous la principale difficulté vis-à-vis de ces patients est de les aider à se maintenir
 126 dans un suivi pour leur éviter de repartir chaque fois à zéro ? »

127 Sylvaine : (Me coupe) « Tout à fait ! De rechuter et de... ouais. »

128 Moi : « Concernant une infirmière novice (pas vous personnellement puisque visiblement vous êtes
 129 dans cette réflexion depuis un bon moment), quels sont les principaux facteurs susceptibles
 130 d'orienter leur façon de se comporter avec ces patients, de s'en occuper ? »

131 Sylvaine : « Bah déjà il faut être dans l'écoute et dans l'empathie. Et pas juger. (Interruption, une
 132 formatrice entre dans la salle de soins). Et pas être dans le jugement. (Nouvelle interruption de la
 133 formatrice). Donc, ouais... surtout dans le non-jugement. Il faut pas les juger. »

134 Moi : « D'où vient le fait que certaines personnes soient dans le jugement d'après vous ? »

135 Sylvaine : « Je pense que c'est la méconnaissance de la pathologie, je pense. Ouais. Parce qu'ils ont
 136 du mal à comprendre. Ils ont du mal à comprendre qu'une personne alcoolique, c'est une
 137 pathologie. Et c'est pas, heu, parce que "J'en n'ai rien à foutre et j'ai envie de boire !", enfin "Ça me
 138 fait plaisir de boire !" quoi... Voilà. Je pense que c'est surtout ça, la méconnaissance de la pathologie,
 139 de comprendre ce que c'est qu'une personne alcoolique. »

140 Moi : « Vous m'avez déjà parlé du docteur C., qui est maintenant parti... disposez-vous d'autres
141 aides pour la prise en charge de ces personnes ? L'infirmière spécialisée en addicto... »

142 Sylvaine : « Là, nous, on a l'infirmière addicto oui, donc après on a l'assistante sociale, on a une
143 psychologue, donc on peut essayer des fois de... même si c'est l'équipe mobile de gériatrie, elle peut
144 intervenir, après nous avons le CPM, enfin le centre d'infirmiers psy... et les médecins... Et après on
145 fait en sorte, voilà, s'ils souhaitent... heu... une cure avec... dans une structure qui peut accueillir ce...
146 enfin voilà, cette pathologie, pour les aider, voilà... On a à peu près ce schéma-là ici. »

147 Moi : « Et là, dans le service, idéalement que vous faudrait-il de plus ? »

148 Sylvaine : « Alors, comme je vous expliquais, en personnes alcooliques on n'en a plus guère. Avant
149 on en avait énormément. »

150 Moi : « Imaginons qu'il y en ait cinq qui arrivent aujourd'hui ! »

151 Sylvaine : « Alors ce sera, c'est... je peux pas vous dire parce que je pense que ce sera déjà par rapport
152 à leur entrée aux urgences, ils vont peut-être les orienter vers, peut-être, d'autres structures. Tout
153 dépend. Ce qui manquerait plus pour moi, ce serait une véritable, une vraie... enfin pour moi, une
154 personne alcoolique c'est une vraie prise en charge. Alors effectivement nous, on est généralement...
155 c'est la période hospitalisation-sevrage, mais c'est vrai que des fois... moi je suis un peu embêtée
156 parce qu'on fait le sevrage, dans le service poly, on n'a des fois pas le temps de s'accorder un quart
157 d'heure-vingt minutes à les écouter peuchère... et c'est vrai que c'est dommage qu'il n'y ait pas de
158 psychologue, de... bah après, je vais dire, on a l'infirmière addicto mais des fois elle est pas là ! Et
159 puis ce sont des personnes qui sont enfermées dans une chambre, alors peut-être qu'ils auraient
160 besoin de... Généralement la personne alcoolique est très très souvent tabagique. Donc heu... d'avoir
161 un petit jardin pour qu'ils puissent... heu... bah voilà. »

162 Moi : « Donc la prise en charge est correcte d'un point de vue médical et médicamenteux, mais... »

163 Sylvaine : (Me coupe) « *Mais...* surtout que... c'est surtout qu'en plus c'est une hospitalisation et
164 c'est hospitalisation *libre*. Moi, la personne, elle peut très bien descendre, je ne vais pas la surveiller.
165 On est à deux... deux mètres de... du centre-ville, avant je vous dis ils descendaient, ils revenaient
166 ils étaient complètement bourrés. Donc on n'est pas pour moi une structure... OK, en curatif...
167 enfin... en aigu, pour... prendre en charge le sevrage, OK, mais faut pas que ça reste trop longtemps
168 parce que sinon c'est... je trouve que c'est un peu dommage quoi. »

169 Moi : « Je vais laisser la place à la formatrice ! Dernières questions pour les statistiques : depuis
170 combien d'années êtes-vous diplômée ? »

171 Sylvaine : « Douze ans. Avant ça, j'étais aide-soignante. »

172 Moi : « Quel âge avez-vous ? »

173 Sylvaine : « J'ai cinquante. »

174 Moi : « Merci beaucoup ! Si vous souhaitez rajouter quelque-chose... »

5.2. Entretien n° 2

- 1 Moi : « Comment prenez-vous en charge un malade alcoolique ? »
- 2 Judith : « Un malade alcoolique... Est-ce que c'est parce qu'il rentre... pour ça ? »
- 3 Moi : « Pas spécialement, il peut rentrer parce qu'il est tombé, alcoolisé ou non, ou pour n'importe
4 quelle autre raison. »
- 5 Judith : « Parce qu'en fait votre question elle est vachement... Enfin moi, un patient, quand il rentre,
6 je regarde le motif d'hospitalisation, qu'il soit alcoolique ou pas alcoolique, s'il ne rentre pas pour
7 ça, on va le prendre en compte, mais ce n'est pas... Enfin, vous voyez ce que je veux dire ? C'est
8 comme si vous me dites... je ne sais pas, il y a un patient qui est diabétique ou machin... et s'il ne
9 rentre pas pour ça... je le prends en compte, ça fait partie d'un antécédent, ou de quelque chose,
10 enfin un antécédent, comme le diabète, toujours présent, donc je le prends en compte, mais enfin
11 c'est un peu... Moi, la façon dont vous avez tourné la question, ça me perturbe un peu, parce que ça
12 voudrait dire qu'en gros, c'est le patient alcoolique quoi ! » (Blanc)
- 13 Moi : « Ah, mais ça existe ! »
- 14 Judith : « Oui oui, ça existe, bien sûr ! Mais pourquoi j'aurais une prise en charge différente pour ce
15 patient, vous voyez ce que je veux dire ? Je serais peut-être plus heu... attentive aux signes, aux
16 tremblements, heu... au syndrome de manque, heu... au *delirium tremens*, heu... au fait que, ce
17 monsieur, dans ses habitudes, il en était où quoi... Donc, enfin... voilà, c'est... c'est plus dans ce sens-
18 là heu... que... ouais non, la question elle est un peu heu... En gros comment je le prends en charge,
19 déjà pourquoi il rentre ? Est-ce que c'est pour ça ou est-ce que c'est pour autre chose en fait ? Donc
20 heu... on le prend en charge comme les autres patients : pourquoi il est là, qu'est-ce qu'on fait,
21 heu... » (Blanc)
- 22 Moi : « Et si c'est pour autre chose, allez-vous lui proposer, lui suggérer quelque-chose ? »
- 23 Judith : « Y'a toujours, voilà... On a Mme D. ici (IDE addictologue), l'addicto, donc voilà... il y a
24 aussi Elodie la neuropsychiatre, hein, qui intervient aussi là-dessus...Après c'est toujours pareil, est-ce que
25 le patient est au clair avec ça, est-ce qu'il est dans le déni, est-ce que lui il veut en parler ? Heu...
26 enfin après c'est un tabou quoi... mais... » (Blanc)
- 27 Moi : « C'est ça aussi la question ! »
- 28 Judith : « Est-ce que ça va être facile pour lui d'en parler... heu... comment on l'aborde... heu... c'est
29 surtout ça quoi. Parce que pour pouvoir être accompagné, il faut déjà là... que le déni soit passé on
30 va dire. Heu... après ça... voilà, ça peut être une démarche, un projet de soin aussi, avec lui, mais on
31 ne peut pas faire pour eux, il faut que ce soit ensemble hein ! On n'impose pas les soins... Alors
32 suggérer ou proposer, ça va vraiment dépendre de la personne. C'est-à-dire que si la personne elle
33 est au clair avec ça... heu, oui, on va proposer, suggérer. Si quelqu'un n'est pas au clair avec ça, il
34 va... il va falloir d'abord l'amener, je pense, avant de le bilancer, on part sur un projet de sevrage ou
35 de machin... l'amener déjà à se rendre compte des choses. Pour ça c'est vrai qu'on a une équipe
36 pluridisciplinaire très... bien par rapport à ça... Après des fois le fait d'en parler sans tabou avec le
37 patient ça peut l'aider aussi parce que du coup ça dédramatise complètement le truc, je fais partie
38 des un peu frontales moi, c'est... j'appelle un chat un chat... heu... voilà, après heu... C'est... voilà, y'a
39 des patients ils vont... mais qu'est-ce qu'il se passe, c'est quoi l'histoire de vie, heu... pourquoi,

40 comment... C'est toujours facile, enfin c'est toujours pareil, c'est facile de dire c'est un alcool, ou
 41 ouais c'est un drogué, ou ouais c'est un... mais pourquoi ? Qu'est-ce qu'il se passe ? »

42 Moi : « Ce sont des choses qu'on entend... »

43 Judith : (S'anime) « Mais oui, mais constamment ! » (Blanc)

44 Moi : « Tout le monde ne cherche pas forcément à creuser... »

45 Judith : (Me coupe) « Sans dire de creuser, c'est de dire aussi, mais heu... mais ça c'est... parce qu'en
 46 fait, là où c'est très compliqué, c'est quand on a un patient qui est en manque, qui s'agite, qui
 47 commence à... voilà, à partir en *delirium*, avec l'agressivité, avec tout ça et où... où il est totalement
 48 inaccessible parce qu'il est dans son délire quoi. Là c'est compliqué. Quand ça va vite dans le service,
 49 qu'on a beaucoup de monde et tout... heu... on va moins prendre peut-être en compte ce paramètre-
 50 là quoi. Alors qu'une fois que la crise, enfin heu... que l'aigu est passé... Voilà, c'est... c'est... c'est des
 51 prises en charge qui peuvent être assez compliquées quoi. Ça peut être assez compliqué. Et pour le
 52 patient, et pour les soignants, et... Et pour l'entourage aussi des fois... »

53 Moi : « Pour vous, la prise en charge d'un malade alcoolique, ça peut être compliqué à gérer ? »

54 Judith : « Ça peut être compliqué, mais comme tous les patients en fait... pareil... » (Blanc)

55 Moi : « Quels sont les 3 premiers mots qui vous viennent lorsqu'on vous dit " alcoolique " ? »

56 Judith : « Les 3 premiers mots ? Dépendance... Degré de dépendance on va dire, parce que y'a... y'a
 57 la dépendance mais, enfin voilà... Et je pense accompagnement quoi. En... en... en termes de...
 58 voilà... en étant infirmière... enfin voilà... comment on accompagne, pourquoi... Pourquoi aussi,
 59 parce que si le patient il veut pas, après tout... c'est comme les gens qui ne veulent se laver qu'une
 60 fois par semaine quoi ! Non mais c'est la vérité, si c'est ses habitudes de vie, est-ce que... voilà ! On
 61 peut... on peut planter une graine et voilà... mais pourquoi s'acharner heu... à tout prix sur quelqu'un
 62 qui veut pas quoi ? C'est sa santé, elle lui appartient, nous on n'est pas là pour... voilà, pour forcer
 63 les gens non plus... Je pense ! (Rire) Après, heu... Après voilà, non non, moi je pense qu'il y a plein
 64 de so... y'a plein de choses à faire, mais il faut... il faut que ce soit... voilà, *avec* le patient... » (Blanc)

65 Moi : « Que ça vienne de lui ? »

66 Judith : « Oui. Pas que ça vienne que d'eux... On peut pas être dans l'ingérence, c'est pas possible.
 67 Ils sont là sur heu... un laps de temps où heu... ce laps de temps il peut servir aussi peut-être juste à
 68 une prise de... de conscience, juste à planter une graine donc moi y'a un souci, y'a ça qui existe, vous
 69 en faites ce que vous voulez mais vous savez quoi. Voilà. Après, on peut pas être dans... ce truc là à
 70 dire : "ouais, on est des soignants, il faut tout faire pour que..." C'est pas vrai ça. »

71 Moi : « Avez-vous eu des cours d'addictologie à l'IFSI ? »

72 Judith : « Oui. »

73 Moi : « Assez, pas assez ? »

74 Judith : (S'anime) « Pas assez ! »

75 Moi : « De votre point de vue, pas suffisamment pour vous permettre de prendre correctement en
 76 soins ces patients ? »

77 Judith : « Ah non, pas du tout suffisamment ! Non non, c'est pas du tout suffisant. »

78 Moi : « Par la suite, avez-vous pu avoir des formations complémentaires ? »

79 Judith : « Non. »

80 Moi : « Cela vous paraîtrait-il utile ? »

81 Judith : « En tout cas de le proposer, même en optionnel, oui carrément ! Ouais bien sûr. Je pense,
82 ouais, parce que ça fait quand-même partie, heu... (sourir) beaucoup, beaucoup, beaucoup de
83 patients que ça touche en fait, hein ! On s'en rend compte après dans les services hein ! C'est pas
84 juste une personne par an quoi, hein ! On en a souvent, très souvent, très souvent. Et chez la
85 personne âgée, et ça c'est oublié. On parle beaucoup d'addicto chez les jeunes, ou des choses comme
86 ça parce que tout de suite on pense l'alcool festif et tout mais c'est pas vrai hein ! Beaucoup beaucoup
87 de... de... d'addictions à l'alcool chez des personnes... on va dire âgées quoi. »

88 Moi : « C'est le sujet que j'ai traité pour l'UE optionnelle gérontologie : l'alcoolisme de la personne
89 âgée ! »

90 Judith : « Ah ouais ! C'est totalement mis de côté ça ! »

91 Moi : « Et en effet il ne s'agit pas d'alcool festif la plupart du temps... plutôt d'alcool
92 antidépresseur. »

93 Judith : (Très animée) « Mais complètement ! Complètement ! Mais c'est vrai que quand on a les
94 cours d'addicto et tout on pense beaucoup aux jeunes, aux machins, au ci, au ça, à la prévention et
95 tout... Non non, là nous on est face à des problématiques où c'est des gens où c'est un mode de vie.
96 C'est ancré depuis des années. Heu... et, heu... c'est... comme le verre d'eau quoi ! C'est devenu un
97 besoin, on n'en est même plus à " Je prends mon verre, ça me... " C'est devenu un besoin et c'est
98 devenu... ça fait partie d'eux quoi. Et pour réussir à enlever ça c'est... c'est... je pense encore un autre
99 abord de l'addicto parce qu'il y a tout un... un processus de comportements qui est mis en place
100 depuis des années, qui est enkysté dans un truc heu... où moi j'arrive, petite infirmière, heu...
101 " Ouais, salut, alors vous avez un problème sur ça ? " Enfin... non, mais ouais, non... ça va pas
102 pouvoir le faire comme ça. » (Blanc)

103 Moi : « Et probablement avec un passif et une histoire de vie qui, eux, n'ont pas changé... »

104 Judith : (Me coupe) « Et où c'est même plus un problème pour eux en fait. Y'a que nous qui le
105 voyons le problème. Donc moi je pense qu'il faut que tout soit repensé et que... qu'il y ait un vrai
106 truc, OK, sur la personne âgée. On en fait quoi ? Et ça, on n'est pas préparés. Comme tout ce qu'on
107 connaît pas heu... correctement... on a vachement de mal à le... à l'aborder parce que du coup on...
108 on est un peu seul, on se démerde avec ça. Et on est tous différents je pense en plus par rapport à
109 ça hein... Parce qu'il y a des soignants aussi, bah ouais, eux qu'est-ce que ça leur renvoie, pourquoi,
110 comment... C'est ça... » (Blanc)

111 Moi : « C'est exactement ça le thème ! »

112 Judith : « Ouais, et quand on n'est pas formé à ça... En tout cas sans être formé, parce que ça se fait
113 sur le terrain, mais... avoir des notions. OK, il peut y avoir aussi, voilà, des personnes âgées, et il y
114 a beaucoup de personnes âgées, et vous allez être plus confrontée à des personnes âgées que des
115 jeunes en mode prévention ou quoi, c'est heu... c'est... le papi de 90 ans qui peut se casser la gueule
116 à la maison, qui arrive avec les hanches fracturées et des traumatismes crâniens à répétition parce qu'il

117 se murge la gueule. OK, donc il va soigner ses hanches, il va soigner ses heu... Mais voilà, qu'est-ce
118 qu'il se passe ? Et s'il veut pas, il veut pas, on fait quoi ? Enfin, heu... c'est... » (Blanc)

119 Moi : « La principale difficulté c'est ça, l'absence d'adhésion ? »

120 Judith : Hum (approbateur). « Mais comme dans toutes les pathos en fait, je veux dire, enfin
121 comme dans toutes les... les addictions, comme dans toutes les heu... Un monsieur qui heu... je
122 reprends encore une fois le diabète mais heu... qui veut continuer à bouffer du sucre et qui continue
123 à avoir toutes les plaies de complication bah... il est habitué, il voit pas le problème et... et c'est sa
124 qualité de vie à lui, pour lui il y a pas à se... enfin qu'est-ce qu'on fait quoi ? Qui on est pour dire :
125 “ Faut faire ça ” ? Pis de toute façon ça marchera pas, ça le fera pas. »

126 Moi : « Vous pensez qu'il faut le mettre face à la réalité et le laisser faire son choix ? »

127 Judith : « Enfin, c'est face à sa réalité, parce que la réalité... c'est subjectif ! (Rire) Voilà madame !
128 Vous voulez savoir autre chose ? »

129 Moi : « Oui, depuis combien d'années avez-vous votre diplôme d'IDE ? »

130 Judith : « 2. »

131 Moi : « Votre âge ? »

132 Judith : « 40. »

133 Moi : « Ce sera tout, merci ! »

134 Judith : « À l'hôpital depuis 15 ans, j'étais aide-soignante avant. »

135 Moi : « Ah oui ? »

136 Judith : « Oui oui ! »

137 Moi : « OK ! »

138 Judith : « Voili vilou ! »

139 Moi : « Merci beaucoup pour vos réponses ! »

5.3. Entretien n° 3 (Focus group avec 2 infirmières)

- 1 Moi : « Que vous évoque la prise en charge du patient alcoolique ? »
- 2 Prudence : « L'étiquette, direct ! On est toutes là, à noter OH... »
- 3 Gisèle : « Voilà, c'est un OH. Et on s'arrête là. On... on enterre même le fait que c'est une personne,
4 tu vois ? C'est un alcoolique comme tant d'autres en soi, et voilà, il va faire son DT (*delirium*
5 *tremens*, *NDLR*), il va trembler, il va... Et on n'est plus, je pense qu'on n'est plus dans la relation
6 humaine avec ces gens-là. (Blanc) C'est dur, hein, ce que je dis ? Mais c'est la vérité. »
- 7 Prudence : « Je sais pas après moi... bah le fait d'avoir travaillé en psychiatrie j'ai... je sais gé... »
- 8 Gisèle : (La coupe) « Les personnes OH, tu les vois pas les filles à la relève ? »
- 9 Prudence : « Oui ! »
- 10 Gisèle : « C'est un OH... Bon c'est bon, mets-y son Valium... c'est un OH. On s'arrête là. »
- 11 Prudence : « Oui, oui. »
- 12 Gisèle : « Les examens s'il a mal à l'estomac, c'est... pfff, on s'en fout c'est un OH. Elle part faire son
13 boulot tranquille et puis... On va pas, non mais c'est vrai, on va pas investiguer, tu les vois bien les
14 médecins, les attitudes ! »
- 15 Prudence : « Investiguer, si, ils ont quand-même à chaque fois la totale, l'écho hépatique et
16 compagnie... »
- 17 Gisèle : « Oui ! Oui, mais je trouve que ça reste heu... c'est une étiquette quoi... »
- 18 Prudence : « Oui, ah mais ça l'étiquette, de toutes façons ils l'ont. Après... après voilà, ce qui est
19 agaçant c'est que... ils ont toujours quelque chose qui va pas et c'est vrai qu'on a quand-même envie
20 de leur dire : "Mais vous vous bousillez, tout le temps, et vous nous embêtez pour un petit bobo
21 quoi..." Voilà. En gros c'est ça.
- 22 Gisèle : « C'est vrai, ça t'agace ça ? »
- 23 Prudence : « Ouais. »
- 24 Gisèle : « Bah moi non, tu vois... ça m'agace pas... »
- 25 Prudence : « Mais bon, je leur dis pas, mais... »
- 26 Gisèle : « Je sais qu'ils sont demandeurs, ils ont besoin de ci, ils veulent de ça, mais bon... ils sont
27 chiants, mais ça m'agace pas parce que justement je me dis, voilà c'est (???), ils sont OH... »
- 28 Prudence : « Ils sont très angoissés... »
- 29 Gisèle : « Ouais... »
- 30 Prudence : « Très très angoissés... bon après, c'est... il y a le manque aussi. Mais voilà, le moindre
31 petit truc qu'ils ont heu... chez eux ça prend des proportions et... et bien souvent c'est des gens qui
32 nous demandent beaucoup de temps aussi. De temps et d'énergie. Y'a aussi ça, y'a pas uniquement
33 le fait qu'ils soient alcooliques, je suis pas complètement d'accord avec toi, dans le sens que... c'est
34 des gens qui nous demandent beaucoup... beaucoup de temps, et... »
- 35 Gisèle : « Mais on donne, on donne ! »

36 Prudence : « Et ils sont très demandeurs, ils sont sans arrêt... ils viennent nous voir à la salle de
37 soins, ils sont sans arrêt après nous. Ils sonnent beaucoup, heu... »

38 Gisèle : « Mais c'est... oui, mais ça fait partie de leur heu... C'est normal ça, moi ça me choque pas
39 tu vois ! »

40 Prudence : « Oui, mais comparés aux autres, ils sont beaucoup plus demandeurs. »

41 Gisèle : « Ah oui ! »

42 Prudence : « Et c'est là ou, voilà, c'est ce que je disais, t'as envie de dire... »

43 Gisèle : (La coupe) « Oui mais moi, je trouve qu'on prend moins à cœur leur demande à eux, parce
44 qu'ils ont une étiquette OH, qu'un autre. »

45 Prudence : « Mais après honnêtement... »

46 Gisèle : (La coupe) « Parce qu'ils nous soûlent, ils nous fatiguent avec leur comportement, du coup
47 t'as tendance à pas écouter ce qu'ils te demandent. C'est bon, c'est un OH... »

48 Prudence : « Ouais... Mais bon... »

49 Gisèle : « Ça... ça ressort, ça, quand-même ! »

50 Prudence : « En fait, moi je trouve qu'ils ont pas leur place en service de médecine. Il faudrait un
51 service spécialement pour eux. Parce que nous, que ce soit eux ou les patients psy, finalement on
52 n'a pas de place, on n'a pas le temps de les écouter. Et puis franchement, heu... avec tout ce qu'on a
53 à faire, on n'a même plus envie quoi. »

54 Gisèle : « Mais après c'est bien, parce qu'on a une infirmière qui vient chez nous. »

55 Prudence : « Oui. Elle est très bien d'ailleurs. Une super infirmière addicto. »

56 Gisèle : « Et heureusement, parce que... du coup, elle nous libère du temps tu vois ? »

57 Prudence : « Oui. »

58 Gisèle : « L'infirmière addicto qui vient, qui s'entretient avec... ça a été mis en place, c'est pas mal
59 ça. »

60 Prudence : « Oui. Oui, après, c'est... C'est aussi des personnalités particulières hein, les alcooliques !
61 C'est tout, tout de suite. »

62 Gisèle : « Mais ils sont tellement en manque... »

63 Prudence : « Oui. Mais c'est tout tout de suite, ils veulent tout tout de suite, c'est... ils supportent
64 mal la frustration. »

65 Gisèle : « Bah moi aussi ! Je dois être un peu comme eux en fait ! » (Rire)

66 Prudence : « Non, mais... moi non plus... »

67 Gisèle : « Non mais en fait, je leur excuse tout en fait. Je leur excuse tout parce que, voilà, je sais
68 qu'ils sont en manque, point. »

69 Prudence : « Et puis, bon... »

70 Gisèle : « Donc ils ont le droit d'être énervés, de crier, de nous solliciter vingt fois, je leur excuse tout
71 tu vois ? »

72 Prudence : « Ouais... »

73 Gisèle : « C'est la pathologie qui fait ça ! »

74 Prudence : « Oui. »

75 Gisèle : « C'est pas le patient qui est chiant pour faire chier, il sonne... Non, lui, il est... comme ça

76 quoi, heu... »

77 Prudence : « Bah moi, je le vois pas comme ça. »

78 Gisèle : « Ah ouais ? »

79 Prudence : « Après, c'est peut-être le fait d'avoir travaillé en psychiatrie... »

80 Gisèle : (La coupe) « Il veut descendre, il veut fumer sa clope après... »

81 Prudence : (La coupe) « Ils ont du mal à gérer la frustration, c'est tout tout de suite, heu... c'est le

82 déni, ils sont pénibles. »

83 Gisèle : (Rire)

84 Prudence : « Ils sont pénibles, ouais. Mais c'est dans ce sens-là, après tu le vois, je suis une des

85 premières à prendre tout le temps sur moi, ça m'empêche pas de prendre sur moi... mais

86 honnêtement... »

87 Gisèle : « Oui, ils sont pénibles. »

88 Prudence : « Voilà, ils sont comme ça. C'est... voilà, c'est... Tu as l'impression que dans le service,

89 y'en a que pour eux. »

90 Gisèle : « Mais ils se rendent pas compte... »

91 Prudence : « Oui, mais bon, après il y a beaucoup d'immaturité aussi, hein ! D'ailleurs tu les vois,

92 y'a toujours les parents... qui sont là, et qui viennent nous demander comment... va leur fils, leur

93 fille... »

94 Gisèle : « Hum ! » (Approbateur)

95 Prudence : « Fais pas ci, fais pas ça... Tu vois qu'ils sont couvés par les parents quoi. »

96 Gisèle : « Mais tu as des questions au fait ? Nous on parle, mais... »

97 Moi : « Merci, mais l'objectif c'est de vous laisser parler au maximum, d'ailleurs votre débat c'est

98 sympa... »

99 Gisèle : « Ah ouais ? N'empêche, on n'est jamais d'accord elle et moi, donc heu... tu auras un vrai

100 débat ! »

101 Moi : « Tant mieux ! Mais vous me parliez d'étiquette tout à l'heure... cette étiquette, elle viendrait

102 d'où, de quoi ? »

103 Gisèle : « Bah, du O et du H sur la relève ! » (Rire des 2 IDE) « Non, parce qu'en fait... bah, parce

104 qu'on s'attend toujours... le patient OH, il va être forcément... il va nous faire...ce qu'elle dit

105 [Prudence], il va nous faire son DT donc il va être pénible, il va sonner vingt fois, il va... Donc du

106 coup, on anticipe déjà avant même de connaître la personne, avant même, moi, d'aller dans la

107 chambre, je sais que c'est un OH, on me l'a dit à la relève, donc je sais ce qui va se passer de ma

108 journée. Alors que je sais pas la personne comment elle est. Réellement. *Mais*, il est OH. Donc voilà,

109 je sais qu'il va faire ça, ça, ça, ça, ça comme problèmes dans la journée. Ouais. Et c'est une étiquette
110 qu'on met. Mais, plus ou moins c'est une étiquette. Plus ou moins, ils ont tous les mêmes problèmes
111 les OH. Mais on s'attarde pas sur la personne elle-même, tu vois ? Elle... peuchère... »

112 Prudence : « Oui, parce que c'est pas le lieu de s'attarder sur la personne, pour moi c'est pas le lieu.
113 T'es en soins généraux... »

114 Gisèle : (S'anime) « Et oui, mais... ils ont pas de lieu ces gens ! »

115 Prudence : « Oui... »

116 Gisèle : « En psy on n'en veut pas, ici on n'en veut pas... non mais ils ont pas de lieu ! La rue ! Avec
117 leur bouteille de vin. Non mais... tu vois ce que je veux dire ? »

118 Prudence : « Alors heu... pfff... »

119 Gisèle : « C'est ça en fait, ils ont pas de lieu, personne en veut ! »

120 Prudence : « Oui et non... oui et non. Parce que... »

121 Gisèle : « Alors nous on prend parce que c'est service médecine, on met tout ce que personne veut,
122 mais... »

123 Prudence : « Oui et non, parce qu'il y a des services adaptés pour eux, y'a des services... et c'est pas
124 forcément là où ils veulent aller. »

125 Gisèle : « Y'a trop d'OH, y'a trop d'OH ! C'est comme les soins palliatifs, les services adaptés y'a pas
126 assez de places ! Les soins palliatifs à L'Isle y'a huit lits... Tu as vu tous les soins palliatifs qu'on a ?
127 Tu les mets où les gens ? Service de médecine ! Le foutoir de.... de tout ! Soins palliatifs, la cancéro,
128 de de... de l'addicto, de... de psy, d'Alzheimer, de Parkinson qu'il faut être enfermé, qu'il faut... »

129 Prudence : « C'est ça, c'est ça... »

130 Gisèle : « C'est vrai ! C'est plutôt les infirmières de médecine qui devraient avoir triple formation et
131 triple DU (Diplôme Universitaire, NDLR). Pis on peut leur payer des... »

132 Prudence : « Et puis on sait que la plupart, c'est... ce qu'on va faire pour eux c'est voué à l'échec. »

133 Gisèle : « Ouais voilà, c'est ça aussi, c'est l'échec qui fait que... »

134 Prudence : « On sait que voilà... ils vont avoir l'abstinence quelque temps, bien souvent ils ont pas
135 de place en... heu... pour faire une cure, donc... et bien souvent ils ont rechuté avant même d'aller
136 en cure... »

137 Gisèle : « On a l'impression que tout ce qu'on fait, c'est l'échec. »

138 Prudence : « Voilà. Et en fait... »

139 Gisèle : (La coupe) « C'est frustrant aussi. »

140 Prudence : « On travaille pas... la motivation est pas vraiment travaillée. »

141 Gisèle : « Et ouais ! Hum. (Approbateur) »

142 Prudence : « Mais bon... moi je pars du principe que... heu... c'est pas ici en service de médecine
143 que... nous les infirmières de médecine, on peut travailler la motivation. On dit... on en parle... enfin
144 je veux dire, même heu... moi je sais que je leur dit qu'il faut plusieurs échecs pour pouvoir arriver
145 à l'abstinence. Je veux dire, j'ai ce discours avec eux hein ! Je suis pas non plus péjorative, mais...

146 pfff... je sais pas. C'est quand-même une prise en charge heu... C'est comme la psychiatrie. Moi j'en
147 ai eu ras-le-bol de la psychiatrie parce que ce sont des chroniques, non mais c'est ça ! Ce sont des
148 chroniques. On sait qu'on va leur apporter du bien à un moment donné, mais que c'est que ponctuel.
149 Et que de toute façon ça va rechuter. C'est... après, voilà. Je pense qu'on a tous une histoire avec les
150 alcooliques aussi. Y'a toujours... y'a toujours eu un alcoolique dans la famille ou un truc comme ça...
151 Voilà, ça renvoie beaucoup de choses aussi l'alcoolisme hein ! C'est... Ce qui a été difficile dans la
152 famille, moi je sais j'ai fait mon mémoire sur l'alcoolisme aussi, mais sur la prise en charge de
153 l'entourage alcoolique j'avais écrit mon mémoire. Et.... Voilà, ça renvoie plein de choses. Donc
154 forcément... Et puis c'est des... les gens, on peut pas les aider tant qu'ils sont pas prêts. C'est ça aussi.
155 On peut leur tendre des perches, on peut... mais tant qu'ils sont pas prêts heu... on peut pas. Juste
156 on leur apporte quelque chose à un moment donné, c'est tout. Donc voilà, je sais pas si ça répond
157 aux... » (Gisèle est sortie pour répondre à la demande d'un soignant, nous attendons qu'elle
158 revienne.)

159 Gisèle : « Moi, je dis que ces gens déjà, comme tu dis, c'est presque perdu d'avance, parce que c'est
160 très dur de sortir de l'alcoolisme, mais les services de soins *font que*... on n'est pas là pour les aider.
161 Donc c'est facile de dire : "C'est voué à l'échec" ! Déjà tu (???) On le prend en charge, dans sa
162 chambre c'est voué à l'échec. Mais y'a rien qui est fait pour aider ce gars ! »

163 Prudence : « Parce que tant qu'ils ont pas... ils sont pas prêts, tant qu'ils ont pas le déclic... Regarde
164 nous avec la cigarette déjà ! »

165 Gisèle : « Oui bah voilà, tu vois que les procédures... »

166 Prudence : « Combien de tentatives on fait avant d'y arriver ! Déjà rien que ça. C'est... Comme...
167 Même ma mère, elle me disait : "Tu as une parole d'alcoolique ! Tu vois, tu dis que tu t'arrêtes, et tu
168 reprends !" Tu vois ? Voilà. »

169 Gisèle : « Eh oui, mais c'est une addiction ! Mais... nous on est quand-même plus aidés avec la
170 cigarette. Mieux compris. Plus compris. »

171 Prudence : « Je sais pas... »

172 Gisèle : « Parce que c'est pas... ça déborde pas sur nos... nos comportements, tu vois ce que je veux
173 dire ? »

174 Prudence : « Voilà ! »

175 Gisèle : « Donc c'est plus accepté on va dire. »

176 Prudence : « Voilà ! »

177 Gisèle : « Tu rechutes... on te dit : "Oh bah c'est pas grave, tu vas essayer les patches ! Oh bah c'est
178 pas grave, ça a pas marché ? Tu vas faire l'acu (acupuncture, NDLR) !" On va toujours trouver une
179 solution pour essayer de te faire arrêter de fumer. Un OH... (Se claque les mains, signifiant que cela
180 n'a aucune importance) Il a fait son séjour ici trois semaines, il est ressorti, il a rebu (Nouveau
181 claquement de mains) La prochaine hospitalisation quand il revient, on fait AS. »

182 Prudence : « Trois semaines ? Même pas trois semaines... une semaine déjà... »

183 Gisèle : « Y'en a, on les a gardés un mois ! Après on dit : "Bon allez c'est bon ! Pourquoi on s'en
184 occupe ?" »

185 Prudence : « Parce que y'a... y'a... »

186 Gisèle : « C'est l'étiquette "Echec" : dans c'te chambre, tu rentres, c'est l'échec ! Déjà et d'une, il va
187 te faire chier, il va se déperfuler vingt fois, il va sonner dix fois pour aller fumer... Toi, en tant que
188 soignant, tu es dans l'échec. »

189 Prudence : « Et puis il y a une chose aussi qui rend la prise en charge difficile, c'est que tu as aussi
190 des psychoses, des alcooliques psychotiques. D'ailleurs, rien que quand tu rentres dans la chambre,
191 tu as l'odeur de la psychose. Ils transpirent la psychose, l'alcool... Je sais pas si tu es allée en
192 psychiatrie, ils ont une odeur particulière. Et... ces psychotiques qui viennent faire un sevrage, et
193 bah... eux, c'est encore moins adapté ! C'est encore moins adapté. Ils ont... c'est pour ça que... Alors
194 c'est vrai que c'est peut-être pas possible de faire une unité spécialement pour eux, je... »

195 Gisèle : « Mais y'en aurait trop ! On est envahis d'alcooliques ! On est envahis... Où tu veux les
196 foutre ? »

197 Prudence : « Ah bah là on en a combien là ? Deux ou trois là ? »

198 Gisèle : « Heu... y'en a toujours ! Y'en a toujours... ils viennent, ils prennent leur perf, ils repartent,
199 ils ressortent, ils boivent, ils reviennent et pis... Parce qu'ils sont pas pris en charge sur la totalité ! »

200 Prudence : « Mais de toute façon, là, y'a que le sevrage qui est pris en charge, en... Le reste, ils
201 ressortent mais... ils retournent chez eux, les habitudes, tout repart. Donc, comment... c'est vrai,
202 comment est-ce qu'ils peuvent y arriver ? »

203 Gisèle : « Mais non ils peuvent pas ! Après, y'a pas que l'alcoolisme, y'a aussi... la moitié des gens,
204 ils ont aussi une aide sociale, ils ont rien ! Ils ont pas de famille, pas d'enfants, (???) aussi quoi ! »

205 Prudence : « Même quand il y a les familles qui viennent... si si ! Tu en as, que la famille est très
206 présente. Regarde celui du 9 ! Le fils, tous les soirs il venait voir son père. Mais bon, avec toute la
207 souffrance... Parce que... hormis eux... quand tu parles un peu avec les enfants, tu sens toute la
208 souffrance que ça... cet alcoolisme a générée. D'ailleurs heu... les... les familles ont pas le même
209 discours que les autres patients heu... qui sont pas... qui ont pas d'addiction quoi ! Tu sens toute
210 cette souffrance... Et tout les... Et tu vois que ce sont les enfants qui ont porté les parents quoi ! Qui...
211 donc oui, ça vient de nous, mais ça vient aussi de l'extérieur. Après voilà, c'est une prise en charge
212 qui est très très difficile, parce que de toutes façons heu... l'alcool, bah c'est le premier antidépresseur
213 que tu peux acheter sans... sans ordonnance, donc ça, c'est à portée de main de tout le monde ! Il
214 suffit de voir, on a tous été pas bien une fois dans notre vie, quand tu picoles... ça fait du bien !
215 (Sourire) Tu oublies. Ça... voilà, pis moi j'ai le vin bon, donc j'ai jamais dégénéré. Y'en a qui
216 dégénèrent, mais... (Sourire) Voilà, maintenant ça démarre par-là hein ! Après voilà, tant qu'ils sont
217 pas prêts depuis un petit moment, tu peux pas. Les enfants, ils ont pleuré, ils ont tout essayé... Heu...
218 Pfff... Nous, qu'est-ce qu'on peut faire ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? Et je... et peut-être que des fois,
219 ils ont trop, parce que contrairement à ce que tu dis, peut-être que des fois ils sont trop pris en
220 charge. »

221 Gisèle : « Trop pris en charge ??? » (Moue incrédule)

222 Prudence : « Bah, par l'entourage en premier, qui... »

223 Gisèle : « Bah ça, ouais... »

224 Prudence : « Qui ont toujours compensé. Donc voilà, ça a toujours... Pfff... ça nous fera parler encore
225 longtemps hein, cette affaire-là ! »

226 Gisèle : « Mais c'est... non, c'est même pas... tu parles pas longtemps sur ce sujet-là parce que tu
227 tournes en rond en fait. C'est une boucle. Tu vois, y'a pas d'issue. Enfin nous... à notre niveau

228 d'infirmière, on n'a pas de solution quoi ! J'ai envie de dire, tu es dans l'échec du premier jour où il
 229 arrive jusqu'à la sortie quoi ! »

230 Prudence : « Mais même les addicts ils y croient pas... Même les addicts ! » (Rire)

231 Gisèle : « Qu'est-ce que tu lui as apporté ? Rien ! Toi par contre tu t'es épuisée. Tu vois ? C'est vrai.
 232 Nous on s'épuise, mais eux, on leur a rien apporté. »

233 Prudence : « Après, c'est aussi... et moi je vais le voir aussi autrement, c'est une manière aussi de
 234 nous protéger hein ! De... de... quelque part, de mettre un peu aussi... de la distance, parce que je
 235 pense que quand... si tu mets plein d'espoir à soigner quelqu'un, à le guérir alors que... qu'il va te
 236 mettre en échec derrière, tu... enfin, en début de carrière, on y a *toutes cru*, je pense. »

237 Moi : « Tu parles d'investissement personnel ? »

238 Gisèle : « Hum hum » (Approbateur) « Bien sûr ! »

239 Prudence : « Voilà ! Et après, tu te rends compte que bah nous, tu peux pas... alors à un moment
 240 donné tu te protèges et puis... tu essaies de garder ton énergie pour des gens qui... qui vont en avoir
 241 plus besoin aussi. Et pis, c'est quand-même tout le temps la course contre la montre hein ! »

242 Gisèle : « Et puis bon... et puis tu as pas trop envie de creuser avec ces gens parce que... ils font tous
 243 terriblement de la peine. Tous les gens qui boivent, c'est parce que... voilà. Toute cette souffrance,
 244 on peut pas... Un comportement faible aussi... enfin je veux dire pour se noyer heu... Ils sont faibles
 245 ces gens. »

246 Prudence : « Et puis ils ont un côté manipulateur aussi ! Et puis ça renvoie plein de choses... »

247 Gisèle : « Oui oui... Quand ils racontent leur histoire, tu te dis putain... »

248 Prudence : « Oui pis... »

249 Gisèle : « Le mec il est alcoolique parce que sa femme l'a quitté, ça te fend le cœur, tu te dis juste
 250 pour ça, il a foutu sa vie en l'air, tu vois ? Ils sont faibles moralement... »

251 Prudence : (En même temps que Gisèle) « Ils prétextent... ils prétextent aussi cette histoire pour
 252 dire voilà, si je bois c'est à cause de ça. De toute façon, c'est jamais de leur faute, c'est toujours de la
 253 faute... aux autres. Ils sont pas capables de se remettre en question, y'a... ça aussi, ça fait partie
 254 certainement de... tout ça. »

255 Gisèle : « Ils ont les neurones grillés aussi, comment veux-tu qu'ils réfléchissent ? »

256 Prudence : « Oui, aussi... »

257 Gisèle : « Ils ont les fils qui se touchent hein... je veux dire... »

258 Prudence : « Mais bon, je pense qu'avant qu'on en vienne à parler... à penser ça d'eux, ils nous ont
 259 apitoyés au départ hein ! D'ailleurs il suffit de voir les petites jeunes, les jeunes étudiantes tout ça,
 260 c'est plus elles qui se font avoir par les... les alcooliques et les toxicos, qui se font manipuler en
 261 beauté, voilà ! Mais comme nous on l'a fait aussi en début de carrière. Voilà. »

262 Gisèle : « Qu'est-ce que tu veux qu'on te raconte ? Je sais pas si c'est enrichissant pour toi ce qu'on
 263 te dit... »

264 Moi : « Si, c'est très très intéressant ! »

265 Gisèle : « Tu as du avancer sur ton mémoire, mais bon... » (Rire)

266 Moi : (Rire) « Quels sont les trois premiers mots qui vous viennent spontanément lorsqu'on vous
267 dit alcoolique ? »

268 Prudence : « Pénible. »

269 Gisèle : « C'est une question ? Alors... alcoolique ? OH. »

270 Prudence : « Pénible... et quoi ? »

271 Gisèle : « Échec. »

272 Prudence : « Oui. »

273 IDE2 : « Frustration. »

274 Prudence : « Oui, frustration aussi oui... »

275 Moi : « Avez-vous eu des cours d'addicto ou d'alcoolologie durant vos études infirmières ? »

276 Gisèle : « Oh ! » (Air surpris, ne semble pas se souvenir).

277 Prudence : « Alors moi j'ai pas eu, mais j'ai été heu... j'avais fait un stage dans un centre
278 d'addictologie donc... »

279 Moi : « Mais pas en IFSI ? »

280 Gisèle : « Moi en IFSI j'avais le programme psy, mais je sais pas si à Avignon on avait fait des
281 cours... Si, y'avait un petit truc je pense, ouais... »

282 Prudence : « Si, on avait fait un truc sur l'addicto ouais ! Si si, on a du avoir quelque chose ouais... »

283 Gisèle : « Vite fait quoi ! »

284 Moi : « Cela vous a paru suffisant pour prendre en charge ces malades ? »

285 Gisèle (Me coupe) : « Ah pas du tout ! »

286 Prudence : « Oui, mais comme d'autres pathologies où on n'a pas vu plus que ça oui... au même
287 titre que d'autres... »

288 Gisèle : « Non, pas du tout, je vais dire... »

289 Prudence (La coupe) « Et pis, après, y'en a qui sont faits heu... pour travailler avec ces gens et
290 d'autres non. Comme des infirmières qui vont être bien en chirurgie, d'autres en médecine, enfin...
291 Moi, j'ai énormément de mal. »

292 Moi : « Tu ne penses pas qu'un complément de formation sur... »

293 Prudence (Me coupe) : « J'en voudrais pas ! »

294 Gisèle : (Rire +++) « Elle est con cette (prénom) : "J'en voudrais pas, je veux pas de complément
295 d'information moi !!!" » (Nouveau rire +++)

296 Prudence : « Non, non... Non honnêtement je... Non non, franchement, je voudrais pas plus moi,
297 ça m'intéresse pas. »

298 Moi : « Ça ne serait pas utile pour toi ? »

299 Prudence : « Non, pas pour moi. Parce que j'ai pas envie de me spécialiser là-dedans. En plus, moi
300 j'ai été... quelques mois sur l'addicto... »

301 Gisèle (La coupe) : « Oui, parce que pour toi, ça reste une spécialité. »

302 Prudence : « Oui, mais j'ai été quelques mois sur l'addicto, et moi je le revendique, j'ai énormément
303 de mal avec... bon, bah les toxicomanes hein, c'est même pas que les alcooliques. Et les toxicomanes,
304 en règle générale, je... j'ai énormément de mal. Parce que... y'a l'échec tout le temps derrière. Après,
305 si c'est des gens qui seraient volontaires ouais, je serais la première à... à les aider dans la prise en
306 charge. Mais... après voilà, je pense pas qu'un service de médecine soit forcément le meilleur endroit
307 pour eux. Qu'on fasse le sevrage, à la limite voilà, une semaine comme on fait, le sevrage physique,
308 et que après... ce qu'il faudrait pour eux, qu'ils basculent directement en psychiatrie ou... ou un
309 service heu... bah de cure, mais vraiment spécialisé pour eux. Comme quand tu vas en gynéco, tu y
310 vas pas pour des problèmes gastro quoi ! En gros... C'est... voilà, c'est vraiment une spécialité. »

311 Gisèle : « On en envoie des gens en cure hein ! À Arles aussi, on les envoie... »

312 Prudence : « Oui ! Mais ils ont... ils partent jamais... »

313 Gisèle : « Bon bah, c'est loin hein... parce que... »

314 Prudence : « Ils partent jamais d'ici ! En plus, autre chose, c'est que nous bien souvent...
315 maintenant, on n'en a plus beaucoup de sevrages programmés, mais on a des gens qui viennent
316 parce que voilà... ou ils sont en pré-DT qu'ils viennent aux urgences parce qu'ils sont en pré-DT, ou
317 qui ont eu... je sais pas, un malaise sur la voie publique, enfin peu importe, ou une pancréatite, des
318 choses comme ça... c'est des gens quand ils montent en service, ils ont un sevrage *obligé*. C'est pas
319 de... de... C'est pas leur demande.

320 Gisèle : « Oui oui. »

321 Prudence : « Donc du coup, ils peuvent pas être compliants dans les soins quoi. Voilà, ça... »

322 Gisèle : « Ils se disent : "Putain, je vais être hospitalisé une semaine pour ma pancréatite, je vais pas
323 pouvoir boire !" »

324 Prudence : « Ouais, voilà ! Donc... »

325 Gisèle : « Donc heu... ouais... »

326 Prudence : « Ils sont pas dans... dans une démarche de sevrage volontaire. Donc c'est... voilà. Voilà
327 aussi pourquoi nous aussi on réagit comme ça. »

328 Moi : « Les principales difficultés que vous avez rencontrées... »

329 Prudence : (Me coupe) « Très demandeurs ! Et puis bon, y'a eu des fois où il y a eu de l'agressivité
330 aussi hein, on heu... voilà y'a heu... »

331 Gisèle : « Des fois les patients aussi... on appelle le vigile ! »

332 Prudence : « Voilà. »

333 Gisèle : « Des fois, on n'est pas tranquilles. Quand y'a (???) toxicos à la fois... »

334 Prudence : « Ouais. »

335 Gisèle : « Qui sont en manque et que les médecins, des fois ils mettent pas assez de drogues pour
336 les ensuquer heu... ça dégénère quoi, et bah nous y'a qu'une infirmière et une AS quoi, elles sont
337 deux. »

338 Moi : « Parce que le sevrage n'est pas... »

339 Gisèle (Me coupe) : « Ah non ! C'est pas suffisant ! »

340 Prudence : « Ou alors des fois, ils sont trop shootés aussi... »

341 Gisèle : « Ouais. Ou ils sont dans le coma, ou alors ils... ils sont en manque et ils sont intenable. »

342 Prudence : « Hum, hum. » (Approbateur)

343 Gisèle : « Et du coup nous, bah des fois on appelle le vigile. »

344 Prudence : « Et tu as les psychoses masquées par l'alcoolisme hein... Y'a ça aussi, donc heu... C'est...
 345 forcément...C'est des patients heu... qu'on peut pas vraiment... y'a pas une réelle prise en charge, à
 346 part le sevrage physique. Mais ça, même les médecins ils sont pas formés aussi ! On parle de nous,
 347 mais... Ca reste une spécialité. »

348 Gisèle : « Ouais voilà, ça reste une spécialité, t'as envie de te former tu passes un DU quoi ! Tu vois ?
 349 Si tu as envie de... de vraiment... De toute manière la formation d'infirmière, c'est ça... y'a des
 350 manques partout dans la formation d'infirmière. Parce qu'ils peuvent pas approfondir tous les...
 351 Donc t'as ton diplôme, t'as acquis certaines bases, et après c'est toi une fois que t'as ton diplôme qui
 352 te spécialises, tu vois, tu choisis... Donc tu vois par exemple, tu as abordé un peu les pansements
 353 mais... aucune infirmière n'est capable de faire un pansement ! Je prends cet exemple parce que
 354 moi j'étais démunie face à certaines plaies, et du coup je suis allée faire un DU sur les plaies et la
 355 cicatrisation tu vois ? »

356 Moi : « Je vois, entre l'escarre et la plaie chirurgicale... »

357 Gisèle : « C'est ça ! Tu sais pas quoi mettre dessus... ça change tout le temps en plus ! Et puis ce que
 358 tu abordes à la formation, c'est rien du tout ! Par rapport à après, ce que tu vois en pratique... Donc
 359 c'est pareil ! C'est ou... t'as envie de progresser... c'est toi qui choisis en fait. Je veux dire, si ça
 360 t'intéresse l'alcoolisme, tu fais un DU là-dessus. Y'en a qui sont intéressés par le diabète, pis ils vont
 361 faire un DU. Parce que la formation, c'est... c'est... d'infirmière, sur trois ans, c'est vraiment des
 362 bases de... un peu tout tu vois ? Et après, tu sors de là... Tu sais rien faire ! Oui, tu sais faire des soins
 363 techniques, piquer... Mais après, approfondir chaque pathologie, chaque... C'est encore des
 364 diplômes supplémentaires. Tu vois ? Je veux dire... y'en a qui font des DU sur la cardio, qui font...
 365 parce que voilà, tu abordes quelques pathologies, mais c'est tout ! Tu vois ? Tu te spécialises... y'en
 366 a qui veulent faire urgentistes, en réa ou... Bah les OH, c'est pareil. Je veux dire... les filles qui veulent
 367 bosser là-dedans, elles vont toutes heu... C'est pas avec les huit heures de cours que t'as à l'IFSI
 368 que... que tu vas soigner un OH ! Que tu vas savoir comment t'y prendre. »

369 Prudence : « Et puis bon même à la limite hein heu... même si on a ce regard péjoratif, ils méritent
 370 mieux que huit heures de cours quoi ! »

371 Gisèle : « Oui ! Voilà ! Mais tout... »

372 Prudence : (La coupe) « Parce que même si on parle d'eux comme ça, y'a... ils sont pas alcooliques
 373 heu... pour nous faire chier quoi ! Y'a une grosse souffrance derrière. »

374 Gisèle : « Ouais, moi ils me font trop de la peine ! »

375 Prudence : « Y'a une grosse souffrance derrière. »

376 Gisèle : « Bousiller toute une vie pour heu... pour un petit... des fois, tu les écoutes, tu dis c'est quoi
 377 leur histoire ? Bon bah... "Ma femme elle m'a quitté." Et le mec il s'en est jamais remis. Voilà, des
 378 trucs qu'on vit heu... »

379 Prudence : « Y'a eu un patient qui... un Maghrébin qui avait une entreprise assez florissante, et puis
380 il s'est mis à avoir le... c'est quoi le... ? l'URSSAF sur le dos. Donc... pfff... enfin bref, plein de
381 problèmes, donc heu... Il a perdu son entreprise comme ça. Lui, il a fait un alcoolisme réactionnel.
382 Et... il est venu ici, il a eu son sevrage ici et après il est parti... je sais plus où... il a dû partir en cure,
383 je sais plus... Et lui tu vois, il a eu vraiment envie de s'en sortir. Et il s'en est sorti ! D'ailleurs même
384 régulièrement, à un moment donné, il venait, il nous amenait des trucs, tu vois, pour heu... Voilà,
385 ça, voilà... Ils seraient tous comme ça, ce serait... En plus heu... bah lui voilà, tu... il s'exprimait
386 vraiment tu vois ? Il était sincère sur ce qu'il disait, y'avait aucun côté manipulateur, heu... parce
387 que ça quand-même la majorité des toxico ils sont manipulateurs hein, que ce soit heu... »

388 Moi : « Peut-être que c'était un alcoolisme récent aussi... »

389 Prudence : « Oui, oui oui, de deux ans ! Ça faisait deux ans qu'il était... oui... ouais. Donc là voilà, là
390 la prise en charge, bah elle est facile hein aussi ! Donc lui, ça restait quelqu'un d'assez... et puis qui...
391 qui a valorisé l'équipe quoi ! Puisqu'il a réussi. De toute façon, que ce soit en addicto ou en
392 psychiatrie, faut pas travailler pour être valorisé. Faut pas chercher ça hein ! Mais bon, à un moment
393 donné, ça épuise quand-même... ça épuise, parce que tu les vois toujours revenir. Pfff... Le nombre
394 de fois où on voit les mêmes... Hein, c'est toujours les mêmes qui reviennent ? (À l'attention de
395 Gisèle) »

396 Gisèle : « Ouais, c'est toujours les mêmes ! Alors c'est ça qui nous met en échec aussi. Parce qu'en
397 fait, on... »

398 Prudence : « Ils devraient changer... d'endroit... »

399 Gisèle : « Ils devraient changer d'établissement ! (Rire) Non, mais... sur un an, autant il a fait quatre
400 séjours chez nous quoi ! Tu vois ? »

401 Prudence : « Oui, voilà ! »

402 Gisèle : « Et là, on se dit... "Allez, c'est toujours le même qui revient !" Alors là, c'est étiquette ++ à
403 la relève ! »

404 Prudence : « Voilà ! »

405 IDE2 : « Untel qui revient... Allez ! On va encore avoir droit au séjour où on va tout nous re... Mais
406 c'est ça en fait ! En permanence ! »

407 Moi : « Donc l'étiquette, c'est le côté chronique et répétitif, en boucle, et tout ce que ça renvoie au
408 niveau personnel ? »

409 Gisèle (Me coupe) : « Bah c'est ça ! Et puis y'a pas d'issue quoi ! Y'a pas d'issue, ils reviennent en
410 permanence. Y'en a qui sont abonnés ici, six fois par an ils sont là. Si entre temps ils se sont pas
411 faits écraser au bord d'un trottoir parce qu'ils étaient ivres... »

412 Prudence : « Hum. » (Approbateur)

413 Gisèle : « Non franchement, c'est... ouais. » (Blanc)

414 Moi : « En dehors de l'infirmière addicto, vous avez des aides pour la prise en charge de ces
415 personnes ? »

416 Gisèle : « On n'a rien. »

417 Prudence : « Y'avait des médecins mais ils sont tous partis à la retraite... Mais y'a un médecin...
418 alors attends... Si, y'a un médecin, alors c'est pas... c'est pas ELSA (Équipe de Liaison et de Soins

419 en Addictologie, NDLR) c'est addicto, c'est un ancien gastro, un chef de service de gastro, qui a pris
420 sa retraite et qui fait des consultations ici. Mais même lui, ça reste très somatique. La prie en charge
421 psy pour le patient... ça reste, voilà, somatique. Donc heu... voilà, après heu... je sais pas, je suppose
422 que quand il doit être en difficulté il doit l'envoyer heu... sur une psy mais... c'est pas... Je pense que
423 c'est pas super bien fait. Après tu as le RESAD (Réseau Addictions, NDLR) mais... »

424 Moi : « Tu veux dire qu'après le sevrage physique, rien n'est fait ? »

425 Prudence : « C'est ça ! Mais même tu te dis, tu mettrais quelqu'un derrière eux, tu es même pas sûre
426 de pouvoir heu... de pouvoir les aider forcément, même si quelqu'un restait planté derrière eux tout
427 le temps... à faire la petite voix de la conscience... (???) 28 :22.61 Tu as le truc d'alcool qui traîne,
428 autant ils sont capables de le prendre et de le boire, enfin... voilà, c'est plein de... Quand j'étais en
429 psychiatrie, c'était l'eau de Cologne... qu'elles buvaient les patientes. »

430 Gisèle : « Bah quoi, y'en avait une ici qui sifflait toutes les bouteilles là sur le chariot... Oh ! Mais
431 comment tu fais pour boire ça ? »

432 Prudence : « C'est pour ça qu'après, l'eau de Cologne hospitalière ils l'ont fait sans alcool. »

433 Gisèle : « Faut avoir envie, quand-même, de... de boire ça ! » (Blanc)

434 Moi : « Envie... ou besoin ? »

435 Gisèle : « Ah ouais c'est... l'alcool comme ça... »

436 Prudence : « Y'a trop de choses qui se cachent derrière heu... derrière l'alcoolisme pour heu... que
437 ce soit pris en charge. »

438 Gisèle : « Oui, des grosses souffrances. »

439 Prudence : « Hum. » (Approbateur) « Mais bon, on peut pas non plus... je pense qu'avec trop de
440 compassion, c'est pas bon non plus. Parce qu'à un moment donné heu... voilà, faut les... qu'ils se
441 mettent un peu face à leur réalité. Donc voilà, faut trouver le juste milieu et... et heu... on a des
442 personnes qui sont formées pour ça et qui sont... et surtout, qu'elles gardent leur spécialité ! » (Rire)

443 Gisèle : « Qu'elles les gardent ! Qu'elles les prennent dans leur service ! » (Rire) « Non, mais... tu
444 veux travailler en addicto ? »

445 Moi : « J'aimerais bien, oui ! »

446 Gisèle : « En psychiatrie ? Hum... Ouais, moi rien qu'à l'idée de penser à ça c'est (???) 29 :52.61

447 Prudence : « Oh oui ! Même pas en rêve ! Oh, j'ai donné dix ans à la psychiatrie, c'est bon,
448 maintenant... »

449 Gisèle : « C'est usant. »

450 Prudence : « Moi j'ai pas quitté la psychiatrie pour en retrouver ici hein ! »

451 Gisèle : « C'est intéressant la psychiatrie, mais c'est usant (???) 30 :03.85 Parce que voilà, c'est...
452 on tourne en rond... Pareil, les pathologies c'est... »

453 Prudence : « Après c'est toujours intéressant de comprendre le pourquoi du comment ! Les gens,
454 tu te dis... finalement comme ils sont devenus... ça pouvait pas être autrement. Tout était joué peut-
455 être même avant qu'ils naissent. Mais voilà, après y'en a qui... prennent le taureau par les cornes et
456 qui ont envie de se battre et d'autres qui partent battus... d'emblée quoi. »

457 (Interruption par une soignante)

458 Moi : « Nous arrivons malheureusement au bout du temps imparti... juste pour les statistiques,
459 pouvez-vous me dire toutes les deux depuis quand vous êtes diplômées ? »

460 Gisèle : « 2015... sept ans. »

461 Prudence : « Et moi 98... vingt-quatre. »

462 Gisèle : « Bah tu vois... au bout de vingt-quatre ans de diplôme, ils sont toujours en échec, y'a pas
463 d'avancée tu vois ? Pas de solution miracle, donc tu peux... Il est encore temps que tu changes d'avis,
464 de direction, tu vois ? » (Rire ++)

465 Prudence : « Non mais non ! Au contraire moi je trouve que c'est bien, il faut qu'il y ait des gens qui
466 aient envie ! Voilà, mais après, ne va pas en te disant que ça va te valoriser professionnellement. »

467 Gisèle : « Ouais, et puis tu vas te bouffer. »

468 Prudence : « Ne te mets surtout pas ça en tête, et ne te pose pas en sauveuse. »

469 Gisèle : « Tu vas bouffer ta personne. »

470 Prudence : « Parce que tu peux pas sauver des gens qui sont pas prêts. Mais ça, c'est bon pour une
471 dépression, pour... pour plein de choses, tu peux pas sauver les gens qui sont pas prêts. Sinon, tu
472 t'uses toi. Et je pense que si tu as toujours ça en tête, tu attends juste le moment, qu'ils soient prêts
473 quoi. C'est... après... faut pas... »

474 Moi : « Il faut se dire que tout ce qu'ils entendent, même s'ils n'en font rien sur le moment, leur
475 profitera sans doute par la suite ? »

476 Prudence : « Voilà ! Quand ils seront prêts. C'est ce que je te dis ! Quand ils seront prêts, ils
477 entendront. »

478 Gisèle : « Moi j'aurais aimé avoir des stats, savoir combien y'en a qui s'en sortent. Réellement. À
479 jamais, de l'alcoolisme, tu vois ? Combien y'en a ? Tu vois, c'est ça, j'aimerais avoir des chiffres. Sur
480 cent patients, heu... qui ont suivi des sevrages, des cures... combien y'en a qui sont ressortis au bout
481 de cinq ans d'abstinence d'alcool ! »

482 Prudence : « Y'en a des fois c'est une cirrhose qui va les faire... s'arrêter ou... y'en a ils ont la cirrhose,
483 ils sont bousillés, ils continuent... enfin... »

484 Gisèle : « Quand c'est le cerveau, alors là, c'est mort. Ceux qui sont grillés là-haut, c'est... Oh ! Ceux-
485 là je peux pas, je peux même pas rentrer dans la chambre tellement qu'ils me font de la peine. »

486 Prudence : « On en a des Korsakoff, hein ! »

487 Gisèle : « Ah ouais... Korsakoff c'est... wouah ! Et puis des jeunes, quoi ! Des gens jeunes, Korsakoff,
488 tu te dis... mais combien de litres il a dû boire pour en arriver là quoi ! C'est grillé quoi... »

489 Prudence : « Ça c'est les alcools forts... Enfin faut pas... je pense qu'en étant soignant, il faut jamais
490 se porter en sauveur. »

491 Gisèle : « Bon courage pour ta prise de poste avec ces gens ! » (Rire)

492 Prudence : « Ouais, prends du recul ! »

493 Gisèle : « T'épuise pas, t'épuise pas... »

- 494 Prudence : « Non, mais il faut prendre du recul ! »
- 495 Gisèle : « Tu t'es déjà épuisée pendant trois ans à l'école... c'est bon là ! Ah non, mais c'est vrai hein !
- 496 Tu sors de l'école, déjà t'es HS ! » (Rire)
- 497 Moi : (Rire) « Merci pour vos réponses et vos conseils ! Il ne me manque plus que vos âges... »
- 498 Prudence : « Cinquante. »
- 499 Gisèle : « Quarante-trois ans. »
- 500 Moi : « Encore merci, ce débat était vraiment intéressant ! »

DEVIGNE Emmanuelle | Promotion 2019-2022

UE 5.6.S6 : Analyse de la qualité
et traitement des données scientifiques et professionnelles
UE 6.2.S6 : Anglais

ALCOOLISME : LE SOIN À L'ÉPREUVE DES REPRÉSENTATIONS

ALCOHOLISM: THE CARE PUT TO THE TEST OF REPRESENTATIONS

Résumé :

Ce mémoire traite des représentations que les infirmiers ont des personnes alcooliques et de leur potentiel impact sur la prise en charge de ces patients en soins généraux. L'étude de la maladie alcoolique, de la construction des représentations et du processus de stigmatisation m'ont permis de comprendre pourquoi l'alcoolique pouvait être considéré comme un patient différent des autres. J'ai ensuite cherché à vérifier l'impact de ces représentations négatives sur les soins en effectuant une enquête qualitative, sous la forme d'entretiens non directifs dans plusieurs services de médecine. Il s'avère en effet que ces personnes sont considérées et prises en soins d'une façon particulière au motif de leur statut de buveur excessif. Afin que les alcooliques ne soient plus les exclus du système de santé, et pour maintenir le lien, il est important de travailler sur ces représentations. L'une des pistes, que certains chercheurs ont déjà commencé à explorer, concerne l'amélioration de la formation des professionnels en alcoologie. Elle sera sans doute insuffisante, mais il est permis d'espérer qu'elle constitue le point de départ d'une série d'actions qui permettront de rendre aux alcooliques dignité et humanité. (185 mots)

Mots clés : Alcoolisme, maladie, représentations soignantes, soins, stigmatisation.

Abstract:

This dissertation deals with the representations that nurses have of alcoholics and their potential impact on the management of these patients in general care services. The study of alcoholic disease, the construction of representations and the stigma process helped me understand why the alcoholic could be considered a different patient from the others. I then sought to verify the impact of these negative representations on care conducting a qualitative survey, in the form of non-directive interviews in several medical services. It emerges that these people are considered and cared for in a particular way because of their excessive drinking status. So that alcoholics are no longer excluded from the health care system, and to maintain the relationship, it is important to work on these representations. One of the solutions, which some researchers have already begun to explore, concerns the improvement of the training in alcoholism of professionals. It will probably be insufficient, but it is to be hoped that it is the starting point of a series of actions that will restore dignity and humanity to alcoholics. (178 words)

Keywords: Alcoholism, disease, representations of nursing staff, care, stigma.