

HUBERT Chloé

**EN QUOI L'AUTHENTICITÉ DU SOIGNANT EST-ELLE IMPORTANTE DANS LA
RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ DANS LE CADRE D'UNE ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE
CHEZ UN PATIENT ATTEINT D'ADDICTION ALCOOLIQUE ?**

Mémoire de fin d'études

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



Source : http://addictohug.ch/wp-content/uploads/2015/08/connect-20333_12801.jpg

Note aux lecteurs

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma famille pour m'avoir transmis ses valeurs qui me sont si chères, et pour m'avoir soutenue durant ces trois dernières années, et bien avant.

Je remercie en particulier ma mère pour son attention bienveillante envers mes interminables élucubrations, et ma sœur infirmière, quand je venais me plaindre auprès d'elle de tout et n'importe quoi, mes cours, mes stages, parfois même mes patients que pourtant j'affectionne tant.

Je remercie mon compagnon pour cette même raison, et également pour m'avoir apporté des connaissances que je n'aurais jamais trouvées sans lui. Je m'excuse aussi d'avoir trouvé en lui le défouloir idéal durant mes révisions...

Je remercie Madame Millot pour m'avoir guidée à travers ce long travail d'une année entière et de l'avoir rendu meilleur qu'il ne l'aurait été sans son aide.

Je remercie Madame X pour m'avoir généreusement accordé un entretien sur sa dépendance, ainsi que les Alcooliques Anonymes qui m'ont si gentiment accueilli à leur réunion.

Enfin, je remercie les patients de sourire à mes plaisanteries, même quand elles sont vraiment nulles, et je les remercie de m'avoir fait, et de continuer à me faire grandir.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
1. Situation de départ.....	1
2. Questionnement.....	2
3. Problématisation.....	3
II. CADRE CONCEPTUEL.....	4
1. Le patient alcoolique.....	4
a) Les addictions.....	4
b) L'addiction alcoolique.....	5
c) L'alcool en France : quelques chiffres.....	6
d) La connotation sociale de l'alcoolisme.....	7
e) Le patient alcoolique.....	9
f) Le vécu de l'alcoolisme par le patient.....	11
2. L'authenticité soignante.....	12
a) Qu'est-ce qu'être authentique ?.....	12
b) La relation soignant/soigné et la relation d'aide.....	14
c) L'authenticité et la congruence dans le soin.....	16
d) La relation entre soignant et patient alcoolique.....	17
e) Authenticité et juste distance.....	18
f) Limites de l'approche.....	20
3. Conclusion du cadre conceptuel.....	21
III. CADRE EMPIRIQUE.....	22
1. Objectif global, outil et population de l'enquête.....	22
2. Développement de l'enquête.....	22
3. Biais et limites de l'enquête.....	23
IV. ANALYSE.....	24
1. Les Alcooliques Anonymes.....	25
2. La dépendance.....	25
3. La honte.....	26
4. La solitude.....	27
5. Le regard des autres.....	28
6. La décision.....	28
7. Le secteur du soin et la relation soignant-soigné.....	29
V. CONCLUSION.....	32
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	33
ANNEXES.....	1

I. INTRODUCTION

L'être humain derrière le malade est une de mes premières préoccupations en tant que personne et en tant que future professionnelle de santé. Mon entrée dans les études de santé a été motivée par mon intérêt pour l'autre, et tout particulièrement ses émotions, ses sentiments, son ressenti.

Ma première confrontation au monde de la santé, en première année de médecine, m'a fortement déplu de par son cruel manque d'humanité : « chacun pour soi, chacun pour sa peau ». Sans compter l'abord froid et mécanique de l'Homme. Le corps humain y est décortiqué dans ses moindres détails, chaque phénomène physiologique et anatomique est expliqué. Des chiffres et des statistiques sont exploités pour décrire les comportements humains. Même en cours de psychologie, censés aborder le genre humain, ne sont essentiellement vus que les phénomènes biologiques et physiologiques. Toutes ces connaissances sont essentielles et passionnantes. Mais où est l'être humain dans cette approche de la médecine ?

En entrant à l'IFSI, j'ai découvert une vision bien plus proche de ce qui m'avait poussée vers le soin. Nous y sommes encouragés à rechercher auprès du patient les informations nécessaires à sa prise en charge, à voir au delà de la pathologie et des signes et symptômes cliniques. En fin de compte, nous le considérons dans son entièreté biologique, psychologique et sociale.

Mais pour obtenir la confiance du patient afin d'établir une relation soignant/soigné authentique permettant une meilleure prise en charge, l'implication de la part du professionnel de santé est essentielle. L'attitude soignante joue beaucoup dans la relation qui sera établie avec le patient, et influencera sans aucun doute la prise en charge : un patient qui ne se sent ni compris et encore moins écouté, au contraire jugé, sera moins enclin à suivre les conseils qu'un patient inclus dans une relation de confiance où le soignant est empathique et compréhensif.

C'est donc naturellement que j'ai choisi d'exploiter une situation où la communication, la connaissance et la compréhension de l'autre ont été nécessaires afin de débloquer une relation soignant/soigné hiérarchisée, contraire et même néfaste à l'alliance thérapeutique.

1. Situation de départ

Ma situation d'appel se déroule le 15 avril 2016, lors de mon dernier jour de la semaine d'observation que j'ai passé aux Urgences Psychiatriques adultes.

Il s'agit de Mr B., un patient hospitalisé dans le service d'Urgences Psychiatriques depuis le 15 avril 2016 présentant une addiction alcoolique. Mr B est hospitalisé pour dégrisement dans ce service après une rupture de son contrat de soins avec l'Unité d'Hospitalisation Médico-Psychologique suite à une alcoolisation massive durant la nuit du 14 au 15 avril 2016. Mr B. doit quitter le service dès amélioration de son état.

Mr B est âgé d'une trentaine d'année et est d'origine française. Il est marié en instance de

divorce. C'est l'optique de ce divorce qui l'a incité à demander son hospitalisation à l'UHMP. Il est chef cuisinier mais a cessé d'exercer depuis son hospitalisation. Son entourage professionnel n'est pas au courant de sa situation de santé. Mr B est également fumeur régulier. Depuis le début de son hospitalisation, Mr B est revenu plusieurs fois alcoolisé à l'UHMP. Ces écarts ont été tolérés par l'équipe soignante jusqu'à la dernière alcoolisation massive de la nuit du 14 au 15 avril. Suite à cela, Mr B a été déplacé au service d'Urgences Psychiatriques pour dégrisement, où l'équipe infirmière ne lui accordait qu'un suivi des paramètres vitaux, de son état de conscience, et la distribution de son traitement anxiolytique (Valium®). Les infirmières -qui le connaissaient bien- n'échangeaient que très peu avec lui et me recommandaient de ne pas m'attarder sur son cas. Mr B présentait une hypertension suite à son alcoolisation et au tabac qu'il demandait toutes les demi-heures. Il ne mangeait pas et buvait très peu malgré nos conseils.

Lors du suivi régulier de l'évolution de sa tension, j'ai essayé d'échanger avec Mr B. Tout d'abord, mon comportement et mon langage ont été très professionnels, avec une insistance prononcée sur les dangers de l'alcool à court et à long terme ainsi que sur l'importance de respecter son contrat de soin. Mr B se montrait distant et peu réceptif, à tel point qu'il semblait refuser mon contact et toute conversation quelle qu'elle soit. Au vu des échanges s'avérant infructueux, j'ai tenté une approche qui n'était plus soignant/soigné, mais davantage d'humain à humain. J'ai été également plus inquisitrice et j'ai posé des questions plus personnelles que je n'osais pas aborder de prime abord. Au court de la discussion, je l'ai interrogé sur ses motivations, ses émotions, ses connaissances des conséquences de ses actes : Qu'est-ce qui vous pousse à vous alcooliser ? Pourquoi êtes-vous ici si vous ne respectez pas votre contrat de soin ? Savez-vous quelles vont être les conséquences de votre alcoolisme chronique sur votre situation maritale ? Êtes-vous conscient que vous n'êtes plus accepté à l'UHMP ? Bien que souvent courtes, les réponses de Mr B semblaient plus sincères que durant les précédents échanges. Son visage était également plus expressif. À la fin de l'entretien, il m'a remercié, a suivi les conseils d'arrêt du tabac pour faire baisser sa tension et a attendu deux heures avant d'en redemander une. Il s'est également bien hydraté et a pris une douche. Je n'ai pas pu suivre la suite de son parcours de soin étant donné que ma semaine de stage aux Urgences Psychiatriques touchait à sa fin.

2. Questionnement

Cette situation m'a interpellée au moment où Mr B. m'a fait remarquer qu'il suivait mes recommandations concernant sa consommation de tabac, car jusque là, je n'avais pas réellement prêté attention à nos échanges. Sa remarque m'a questionné sur l'origine de son observance : pourquoi suivait-il soudainement nos conseils thérapeutiques alors qu'il les ignorait jusqu'à présent ?

Je me rends compte à présent que j'ai tout d'abord calqué ma relation avec ce patient sur celle le liant aux autres infirmières. J'ai inconsciemment imité leurs comportements plutôt

qu'adopter le mien : peut-être du fait de mon positionnement en tant qu'étudiante ?

Cela étant, ce fut le refus de soin passif du patient qui semble m'avoir sorti de ce schéma comportemental. À posteriori, je réalise que je m'étais plus intéressée à son addiction qu'à sa personnalité, méthode que je jugeais incorrecte et que j'avais toujours voulu éviter.

3. Problématisation

Suite à cette situation, je me suis premièrement interrogée sur la définition du refus de soin, contexte de soin que tout professionnel de santé peut rencontrer dans sa pratique. Ce questionnement m'a amenée à me pencher sur le cas particulier du déni chez le patient souffrant d'addiction. Au cours de mes recherches, j'ai appris que le contrat de soin était particulièrement intéressant dans l'addiction, permettant ainsi de fixer des objectifs et des règles aux patients dits « addicts » qui de par leur pathologie, manquent de cadre. Ce contrat, afin d'être efficient, requiert certaines qualités chez le soignant. Je me suis donc intéressée à ces dites qualités, telles la communication, le non-jugement, l'empathie et l'authenticité. Cette dernière m'a tout particulièrement intéressée, car dans ma situation, il m'a semblé avoir suivi un schéma comportemental qui n'était pas le mien pour finalement adopter mon propre comportement face au patient. Cette recherche sur l'authenticité m'a fait redécouvrir l'approche centrée sur la personne du psychologue Carl Roger, concept que nous avons déjà abordé en cours à l'IFSI. Enfin, je me suis demandée comment en tant qu'étudiants infirmiers, nous en arrivions à développer les compétences nécessaires à notre profession. Selon la théorie sociale d'Albert Bandura, l'apprentissage se fait par imitation des comportements dont nous sommes témoins, avec un renforcement dit vicariant lorsque le comportement a un résultat positif. Dans mes recherches, j'ai également soulevé la question de l'intuition : en effet, au fil de mes stages, j'ai remarqué que les décisions des infirmiers n'étaient pas toujours basés sur un raisonnement purement logique. Christine A. Tanner, professeure en sciences de la santé et de l'école des infirmières aux États-Unis, a publié plusieurs articles sur l'intuition dans la profession infirmière. Il en découle que cette intuition se base sur une connaissance pointue du patient, qui doit être considéré de façon bio-psycho-sociale.

De cette conclusion, j'en suis revenue au début de mes recherches, c'est à dire la connaissance du patient par la communication, nourrie par l'empathie et une compréhension mutuelle entre soignant et soigné, compréhension elle-même alimentée par l'authenticité du professionnel du santé.

C'est ainsi que j'en suis venue à la question suivante :

En quoi l'authenticité du soignant est-elle importante dans la relation soignant/soigné dans le cadre d'une alliance thérapeutique chez un patient atteint d'addiction alcoolique ?

II. CADRE CONCEPTUEL

1. Le patient alcoolique

a) Les addictions

L'addiction trouve son origine dans le droit romain : l'arrêt du juge donnait au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne d'un emprunteur défaillant¹.

De nos jours, selon l'INSERM, les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères². En effet, la recherche et le consommation finit par prendre la place des activités de loisirs ou familiales, ou bien sur le travail. Avec l'augmentation de la dépendance croît l'ignorance du problème d'addiction et de ses conséquences négatives, qui sont rationalisés ou niés³.

Il existe ainsi deux types d'addiction : celle liée aux substances, et celle liée à des activités.

Les addictions les plus répandues liées aux substances sont l'alcool et le tabac, dont la consommation est autorisée par la législation. Ensuite viennent les addictions aux autres drogues illégales comme le cannabis, les opiacés, la cocaïne...

Les addictions comportementales comprennent les jeux d'argent, les jeux vidéos ou bien les achats compulsifs⁴.

Le psychiatre américain Aviel Goodman a établi plusieurs critères communs aux addictions aux substances et aux comportements addictifs, présentés selon un format similaire au DSM-II-R⁵.

Ainsi l'addiction ou la dépendance est établie lorsqu'il y a :

- Incapacité à s'empêcher de réaliser un certain comportement.
- Une sensation accrue de tension juste avant de réaliser le comportement.
- La sensation de plaisir ou de relâchement de la tension dès la réalisation du comportement.
- La sensation de perdre le contrôle alors que le comportement est en train d'être réalisé.

Et lorsque au moins 5 des caractéristiques suivantes sont présentes :

- Un comportement qui devient plus fréquent et dont la durée augmente avec le temps et qui dépasse la durée initialement envisagée avant de réaliser le comportement.
- L'incapacité à contrôler, réduire, ou arrêter le comportement et ce, en dépit d'efforts

1

LEJOYEUX Michel. *Cours P1 UE7 : Addictions*. 2013. 33 p. p 2.

2 INSERM. Addictions. [en ligne]. [consulté le 10.11.2016]. Disponible sur : <<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>>

3 ADÈS J, LEJOYEUX M. *Alcoolisme et psychiatrie : données actuelles et perspectives*. Paris : Masson, 1997. 257 p. (Médecine et psychothérapie). p 70.

4 Op cite, INSERM. Addictions.

5 GOODMAN Aviel. Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 1990, n°85, p 1403-1408. p 1404. [en ligne]. [consulté le 10.11.2016]. Disponible sur : <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x/pdf>>

- répétés pour y arriver.
- Beaucoup de temps passé à préparer à l'avance le comportement, à réaliser le comportement et à se remettre des effets du comportement.
 - La réalisation fréquente du comportement au lieu de faire face à des obligations sociales, familiales ou professionnelles.
 - Le comportement est maintenu dans le temps, bien que l'on soit conscient de ses impacts dans les domaines sociaux, financiers, psychologiques ou physiques.
 - Le besoin d'accroître l'intensité ou d'augmenter la fréquence du comportement pour arriver à la même sensation de plaisir qu'auparavant, dû au phénomène de tolérance au produit/comportement.
 - La présence d'irritabilité lorsque le comportement ne peut être réalisé.
 - Les symptômes décrits ci-dessus apparaissent depuis plus d'un mois et se sont répétés dans le temps.

En résumé, la clinique de l'addiction aux substances se définit par une impossibilité de s'abstenir de consommer avec une envie irrésistible et/ou une recherche compulsive de la substance, afin de maintenir les sensations de plaisir et de bien-être engendrés par la substance, et afin d'éviter la sensation de malaise psychique survenant à l'arrêt de la consommation. Cette dépendance psychique est nécessaire au diagnostic⁶.

b) L'addiction alcoolique

Selon Michèle Monjauze, psychologue spécialiste de la pathologie alcoolique, la prise d'alcool pour le patient alcoolo-dépendant est une recherche d'apaisement de ses peurs irrationnelles et de ses angoisses diffuses, permanentes : le patient recherche la substance pour son effet anxiolytique⁷.

La spécificité de l'alcoolisme est une addiction à un produit liquide, achetable dans n'importe quelle grande-surface ou échoppe en ville. C'est donc un produit facile d'accès et « d'utilisation » : il peut être acheté et consommé par n'importe qui, contrairement à certaines drogues injectables par exemple.

De plus, comme nous le verrons plus tard, l'alcool est lié à des habitudes sociales telles que l'apéro, les fêtes, les réceptions, les buvettes... L'alcool est ici un facilitateur du lien social, contrairement à d'autres drogues jugées « asociales », qui se prennent en cachette ou dans un cercle fermé considéré en rupture avec la société⁸. De plus, le patient alcoolique peut jouer de ces conventions

⁶ Cours P1 UE7 : Addictions. Op Cite. p 3-4.

⁷ MONJAUZE, Michèle. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. p 29.

⁸ Ibid p 11

sociales afin d'apaiser son besoin d'alcool⁹.

Aussi, même sevré et abstinent, le patient alcoolo-dépendant est toujours jugé et considéré comme malade, contrairement aux patients qui ont été addicts à d'autres drogues¹⁰.

c) L'alcool en France : quelques chiffres

Selon l'OMS, entre 2008 et 2010, parmi les 15 ans et plus, la consommation moyenne des Français est de 12,2 litres d'alcool pur par an et par personne, en légère baisse par rapport aux années précédentes. Les alcools les plus consommés sont le vin (56%), les spiritueux (23%) et la bière (19%)¹¹.

Bien que la consommation française soit plus élevée que celles de certains de nos voisins européens, notre façon de consommer est l'une des moins dangereuse selon le *Drinking Score Patterns*. Cet outil de mesure reflète les habitudes de consommation d'alcool, c'est à dire la façon dont les gens boivent plutôt que la quantité qu'ils consomment, sur une échelle de 1 (mode de consommation le moins risqué) à 5 (mode de consommation le plus risqué)¹².

Les attributs utilisés pour créer cet indicateur incluent la quantité d'alcool consommée par occasion, la consommation de boissons festives, le nombre d'occasions qui se terminent par une ivresse, la proportion de buveurs qui boivent quotidiennement, l'alcool durant les repas et dans des lieux publics.

Cependant, notre façon de consommer en France se modifie au cours du temps, tendant de plus en plus vers le *Binge Drinking*, une alcoolisation massive et rapide, qui causerait plus de dégâts somatiques qu'une consommation modérée régulière¹³. Cette consommation se retrouve chez les jeunes¹⁴, mais également chez des personnes plus âgées, avec une moyenne d'âge de 43,5 ans pour les patients hospitalisés pour intoxication alcoolique aiguë, selon une étude des professeurs Paillet et Reynaud des services d'addictologie et de psychiatrie¹⁵. De plus, ces alcoolisations massives seraient plus fréquentes dans le Nord et l'Ouest de la France, et l'alcoolo-dépendance se retrouverait plus fréquemment dans le Nord¹⁶.

En France, l'alcool est la deuxième cause de mort évitable, après la cigarette.

En effet, la consommation excessive d'alcool contribue de façon directe ou indirecte à 13% des

9 Ibid p 39.

10 Ibid p 20.

11 WHO.INT. Global status report on alcohol and health 2014. [en ligne]. [consulté le 20.11.2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/>

12 WHO.INT. Patterns of drinking score. [en ligne]. [consulté le 20.11.2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/gho/alcohol/consumption_patterns/drinking_score_patterns_text/en/>

13 INSERM. « Binge drinking » : quand le cerveau trinque. [en ligne]. [consulté le 20.11.2016]. Disponible sur: <<http://www.inserm.fr/tout-en-images/binge-drinking-quand-le-cerveau-trinque>>

14 INPES. Les ivresses de plus en plus fréquentes chez les jeunes, 1er avril 2015. [en ligne]. [consulté le 09/01/2017]. Disponible sur: <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/020-alcool-donnees-barometre-2014.asp>>

15 PAILLE F, REYNAUD M.. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, p 444 [en ligne]. [consulté le 10.11.2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/24-25/pdf/2015_24-25.pdf>.

16 Ibid. p 444.

décès masculins et à 3% des décès féminins, que ce soit par cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies digestives, accidents et suicides, ou troubles mentaux liés à l'alcool¹⁷, comme l'encéphalopathie de Wernicke et le syndrome de Korsakoff.

Outre les effets physiques, les conséquences sociales de l'alcool sont également importantes, de par les homicides involontaires sous l'emprise de l'alcool, les violences conjugales ou encore les conduites en état d'ivresse.

En somme, l'alcool est à portée des plus jeunes et est consommé par une population de plus en plus large. Aussi, la nouvelle mode de consommation -le *Binge Drinking*- est plus susceptible d'entraîner une alcoolo-dépendance lorsque l'individu qui s'y adonne est jeune¹⁸.

Les conséquences physiques de l'alcool entraînent de nombreuses pathologies qui touchent divers organes, et de ce fait, les patients alcoolo-dépendants souffrant des dites pathologies sont dirigés vers autant de services différents.

Ainsi, chaque soignant est susceptible de prendre en charge un jour ou l'autre un patient souffrant d'alcoolo-dépendance, et nous devrions nous sensibiliser aux conséquences tant physiques, psychologiques que sociales de l'addiction alcoolique.

d) La connotation sociale de l'alcoolisme

Les conséquences de l'alcoolisation que nous venons de voir façonnent l'image que nous en avons, ainsi que celle que nous avons de l'individu qui boit.

Cette représentation est également organisée par les lois réglementant sa distribution et sa consommation :

En effet, de la production à l'usage, en passant par la vente, toutes ces étapes concernant les boissons alcoolisées sont soumises à une réglementation.

Le 10 janvier 1991, la Loi Évin interdit toute publicité pour des boissons alcoolisées dans la presse destinée à la jeunesse, à la radio entre 17h et minuit, et toute la journée du mercredi. À la télévision et au cinéma, les publicités sont limitées à certaines informations et doivent contenir un message de prévention à l'égard des dangers de l'alcool. Notons également que la publicité sur internet reste autorisée, sauf sur les sites destinés à la jeunesse. Cette loi interdit également la distribution aux mineurs de documents et objets vantant les mérites d'une boisson alcoolisée, ainsi que la vente, la distribution et l'introduction d'alcool dans les établissements d'activités sportives, en dehors des buvettes qui peuvent être ouvertes après autorisation.

La loi Évin a été modifiée en 2015, rendant ainsi illégal d'inciter ou de provoquer les jeunes à une consommation habituelle ou excessive et de leur remettre quoi que ce soit incitant à une telle consommation. Cependant, l'amendement Courteau de fin 2015 a assoupli la loi Évin en

17 INSERM. Alcool et santé, mars 2016. [en ligne]. [consulté le 20.11.2016]. Disponible sur: <<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alcool-et-sante>>

18 Op Cite INSERM « Binge Drinking ».

redéfinissant les caractéristiques de ce qui relève de la publicité ou non, en excluant de la définition de publicités tous les contenus en faveur du patrimoine viticole, gastronomique et culturel de la France, afin de favoriser le journalisme et l'oenotourisme.

La loi du 21 juillet 2009 pour la protection des mineurs interdit de vendre de l'alcool aux jeunes âgés de moins de 18 ans, quitte à refuser la vente si un doute subsiste ou à demander une preuve de la majorité. De plus, cette loi interdit également les boissons alcoolisées gratuites et à volonté dans les soirées ou discothèques payantes. Cette loi restreint à certains horaires la vente d'alcool dans les stations-services et y interdit la vente d'alcool réfrigéré.

Au niveau de la sécurité routière, les contrôles d'alcoolémie peuvent être demandé à tout moment, même en l'absence d'infraction ou d'accident. Ainsi, le conducteur est en infraction dès lors que l'alcoolémie est supérieure ou égale à 0,2g d'alcool par litre de sang (soit zéro verre) pour les jeunes permis et conducteurs de transport en commun, et 0,5g pour les autres.

Afin de prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale engendrant de graves troubles somatiques et psychiques chez l'enfant, plusieurs mesures de prévention ont été mises en place avec l'arrêté ministériel du 2 octobre 2006. Celui-ci impose sur tous les conditionnements d'alcool un message de prévention préconisant l'arrêt de l'alcool durant la grossesse, soit par un pictogramme, soit par une phrase informative sur ses conséquences pour l'enfant à venir¹⁹.

Toutes ces lois et arrêtés contribuent à protéger les individus des méfaits de l'alcool, et de ce fait instaurent une image de l'alcool et ainsi, du buveur. Cependant, les représentations du « bon buveur » et du « mauvais buveur », remontent pour la plupart au XIX^{ème} siècle, où l'alcool était un vice et un fléau²⁰. Ce regard s'est peu à peu rationalisé au XX^{ème} siècle, considérant l'alcoolisme comme une maladie²¹. Cependant, Selon Ludovic Gausso, maître de conférence en sociologie, bien qu'il soit reconnu en tant que maladie, l'alcoolisme garde les connotations négatives et conserve l'aspect moral et stigmatisant des anciens mots, tels qu'ivrogne, soûlard, pochtron²²... et bien que le buveur soit toujours considéré comme « fautif » et rebut de la société, la majorité des gens pensent désormais qu'il faut les aider²³. Ainsi, la construction de l'alcoolisme est une représentation sociale, car elle tient compte de la réalité avec l'image de l'ivrogne et des études, et de notre imaginaire autour de l'alcool et de l'ivresse.

Selon Ludovic Gausso, nous pouvons noter trois représentations de l'alcoolique qui engendrent des réactions comportementales : l'ivrogne, jugé moralement, est rejeté socialement. Le malade alcoolique est un égal en difficulté et entraîne la sympathie. Le dernier, admiré, est un

19 INPES. La réglementation, 25 février 2016. [en ligne]. [consulté le 09/01/2017]. Disponible sur : <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/reglementation.asp>>

20 Op cite *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. P 17.

21 GAUSSOT Ludovic. Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». Sciences Sociales et Santé, mars 1998, n°1, p 5-39. p 8. [en ligne]. [consulté le 07.01.2016]. Disponible sur : <http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1998_num_16_1_1416>

22 Ibid p 8.

23 Ibid p 9.

artiste, un créateur.

Le dénominateur commun est que bien que l'alcoolisme soit catégorisé comme une addiction par certains, la plupart pensent malgré tout qu'il est dû à un manque de volonté²⁴. Aussi, selon l'étude de Gaussoit, nous pouvons distinguer l'alcoolique « moderne », de l'ivrogne « traditionnel ». Le premier est silencieux, invisible, les signes extérieurs sont minimes. Il fait peur et nous renvoie à notre propre faiblesse potentielle, à notre risque de « sombrer » dans l'alcool. Le second est visible, les signes physiques sont évidents. Il peut-être violent, en perte totale du contrôle de soi, ce qui effraie également les personnes interrogées : « finir comme ça » est une perspective insupportable²⁵.

De ceci nous pouvons en déduire que la dépendance est moins stigmatisée que l'incapacité à se comporter de façon correcte et bienséante, et que c'est avant tout la peur de la perte de contrôle de soi devant autrui et donc la perspective de la honte qui peut éloigner l'alcool, plutôt que celle de l'insidieuse et discrète dépendance²⁶.

Toujours selon Gaussoit, nous pouvons noter plusieurs paradoxes. Le premier est que l'alcool est une pente attirante tandis que l'alcoolisme est un gouffre sans fond, effrayant et glauque. D'où l'adage « l'alcool est un ami qui nous veut du mal. »²⁷. Le deuxième est que l'alcool fait le lien entre les individus, par l'apéro, la coupe pour fêter un anniversaire, une naissance... tandis que l'alcoolisme lui, rompt tout lien social. Ainsi l'alcool devient un destructeur du lien créé auparavant. De plus, ce lien social rapproche et éloigne à la fois de l'alcoolisme²⁸.

En somme, l'alcool a toujours été sujet de discussion et de jugement, car il entraîne certes une dépendance, mais surtout une perte du contrôle de soi, une perte de lien que ce soit avec nous-même ou les autres. L'alcool nous rapproche autant qu'il nous éloigne socialement parlant, et le « bon buveur » se définit surtout par rapport au « mauvais buveur », qu'il soit nommé alcoolique ou ivrogne.

Ainsi la vision et l'opinion de la société vis à vis des alcooliques entraîne un vécu difficile par les patients, qui doivent déjà composer avec leur addiction et leurs propres jugements d'eux-mêmes.

De plus, en tant que soignant, nous sommes aussi exposé à ces jugements de valeur et ces préjugés dont il est parfois difficile de se défaire malgré nos efforts. C'est pourquoi nous devons faire un travail sur nous-même et apprendre à connaître le patient alcoolique afin de le comprendre et ainsi de mieux le prendre en charge, que ce soit en service d'addictologie ou dans un tout autre service.

24 Ibid p 15.

25 Ibid p 21.

26 Ibid p 23, 24, 32.

27 Ibid p 27.

28 Ibid p 34.

e) Le patient alcoolique

Bien souvent, le patient souffrant d'alcool-dépendance n'a pas de motivation claire pour consulter et c'est généralement sa famille qui le pousse à demander de l'aide²⁹. Un manque de motivation est décrit, mais cette vision d'absence de volonté est une réminiscence de l'aspect immoral de l'alcoolisme d'autrefois. Cependant, la réalité est tout autre.

En grandissant, nous intégrons une loi symbolique, c'est à dire l'intégration d'un tiers, que soit une déité, une morale, des valeurs... qui nous font respecter des lois, des principes et qui nous font renoncer à nos pulsions et à leur satisfaction. Selon Monjauze, cette loi symbolique est mal intégrée chez les patients alcooliques, qui ont alors besoin d'une loi concrète qui impose des règles à respecter et ainsi des limites, que ce soit le policier, le juge, ou encore le soignant³⁰.

De plus, le patient alcoolique est en plein déni de sa pathologie et met en place des stratégies pour que son entourage le laisse profiter des bénéfices de l'alcool, comme l'oubli, la désinhibition... Selon Antoine Bioy, psychologue clinicien, l'alcool est devenu un besoin, et non une envie. Le patient mélange les deux et ne sait plus les discerner l'un de l'autre³¹.

En analysant ces aspects de l'individu alcoolique, nous pouvons aisément comprendre pourquoi il ne se dirige pas seul vers les soignants : de par sa pathologie, il a besoin d'être dirigé, ordonné par une tierce personne.

D'autant que selon Monjauze, il n'y a pas « un » alcoolique. Comme le concept de psychopathologie pour laquelle une personne malade se compose d'une partie « saine » et d'une partie « pathologique »³², Monjauze nous apprend que lorsqu'une personne est touchée par l'alcoolisme, elle est « scindée » en deux parties, avec lesquelles il faut apprendre à composer : une partie alcoolique, imprégnée et primaire, et l'autre saine, abstinente, pensante et raisonnée³³. La partie alcoolique est le registre primitif sans pensées, sans paroles, qui entraîne une stéréotypie de boire pour calmer les angoisses ressenties. Elle submerge la partie saine et celle-ci l'accepte en se mentant et en camouflant les conséquences néfastes de la boisson³⁴.

Lors de l'hospitalisation, la partie saine découvre son impuissance à maîtriser sa partie alcoolique. De plus, elle est souvent en retrait par rapport à la partie imprégnée. Le devoir du soignant est alors de renforcer cette partie dite saine, de l'aider à voir et à s'exprimer. Car c'est seulement le patient lui-même qui pourra se sortir de l'alcoolisme: le travail de l'IDE est de l'aider à

29 Op cite *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. P 37.

30 Ibid p 104, 105, 106.

31 BIOY A, BOURGEOIS F, NÈGRE I. *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. p 74.

32 LAROUSSE.FR. Dictionnaire Français [en ligne]. [consulté le 06.12.2016]. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychopathologie/64862>> ODIER, Geneviève. *Être vraiment soi-même*, p 190-194.

33 Op cite *Comprendre et accompagner le patient alcoolique* p 40, 54, 55.

34 Ibid p 55.

trouver ses propres solutions, par le biais d'une écoute active, d'une présence encadrante et rassurante et d'une coordination des soignants dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient, essentielle dans le cas de l'alcoolisme³⁵.

Malheureusement, l'imprégnation d'alcool modifie la psychologie du patient et la relation qu'il peut avoir avec les autres : il peut se montrer violent envers les soignants. Malgré cette violence, l'IDE ne doit pas se sentir visé et doit laisser passer la crise sans la juger, au risque d'isoler le patient venu pour être aidé. La crise une fois passée, l'IDE ré-explique au patient ce qui est arrivé sans le culpabiliser, afin qu'il puisse prendre conscience des effets néfastes de l'alcool³⁶, car le patient alcoolique vivant dans le présent, il ne voit bien souvent pas les problèmes engendrés par l'alcool³⁷. Et c'est grâce à l'alliance thérapeutique et au travail de renforcement de la partie saine évoquée précédemment que le patient sera à même de voir ces problèmes³⁸.

Le sevrage entraîne une humeur dépressive, qui doit être prise en charge avec une grande douceur, presque maternante selon Monjaube, afin de calmer les angoisses jusqu'ici dissimulées par l'alcool³⁹. En effet, les patients alcooliques restent bloqués dans leur traumatismes et ne parviennent pas à les distancer : ils se réfugient alors dans l'alcool qui semble être leur seule solution, leur seul sauveur. C'est pour cela qu'il faut suivre pas à pas le patient, se caler sur son rythme et le laisser s'exprimer comme il le peut, quand il le peut. Une activité peut également permettre de mettre à distance les angoisses et ainsi l'alcoolisation⁴⁰, auparavant préférée par le patient pour se calmer.

Ainsi, la personnalité du patient alcoolique est complexe et s'est construite différemment que celle d'une personne non-alcoolique. Dans son travail vers l'abstinence, l'individu alcoolodépendant passe par plusieurs phases, qui sont différentes et s'enchaînent parfois autrement selon les patients : en somme, il y a autant de prises en charge que de patients, auxquels il faut impérativement s'adapter.

Ces phases peuvent être parsemées de rechutes, comme dans tout changement selon le modèle de la disposition au changement de Prochaska et DiClemente, qui propose un cycle avec différentes étapes traversées par le patient addict : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute⁴¹. Ces rechutes doivent être comprises et non jugées par le soignant, et ce dernier doit accompagner au mieux le patient et atténuer la honte qu'il peut ressentir face à ce qu'il pourrait penser être un échec sur le chemin de son abstinence.

35 Ibid p 26, 28, 56, 71.

36 Ibid p 32-33. Op cite *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. p 74.

37 Op Cite *Comprendre et accompagner le patient alcoolique* p 39, 96.

38 Ibid p 40.

39 Ibid p 34.

40 Ibid p 60.

41 HAS-SANTE.FR. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [en ligne]. [consulté le 27.03.17]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf>

f) Le vécu de l'alcoolisme par le patient

D'après Monjauze, la honte est l'un des sentiments prédominant pour la personne alcoolique. Cette honte découle du jugement de la société, mais également de l'impossibilité pour eux d'avoir le moindre contrôle sur leur consommation d'alcool. Le sentiment de culpabilité, qui pousse à vouloir réparer, se rajoute à cette honte qui force à dissimuler, à cacher. Cependant, incapable de « réparer », le patient alcoolique se sent encore plus honteux. La honte de boire et la honte d'exister devient un cercle vicieux⁴². D'autant que l'alcool soulage leurs angoisses et leurs peurs de « l'entre deux », c'est à dire, selon Monjauze, le passage d'un moment à l'autre, d'un état à l'autre. Les personnes dites saines ont des représentations psychiques en constante évolution qui leur permettent d'anticiper, de se projeter. Ces représentations sont absentes chez l'alcoolique qui devient alors très anxieux devant un changement ou des situations inhabituelles : chez eux, c'est l'alcool qui leur permet de faire face.

La représentation de son corps est également perturbée. Sans qu'il y ait de morcellement ou de dissociation, le patient alcoolique ne se reconnaît plus ou ne veut pas se reconnaître dans le miroir. L'image de l'ivrogne qui lui est renvoyée lui est insupportable et renforce son sentiment de honte et ses angoisses⁴³. L'infirmier doit alors être précautionneux vis à vis de l'image qu'a le patient de lui-même, et doit l'aider à se réapproprier son corps, à le réinvestir, tout en cassant la honte qu'il a de lui. Un psychomotricien est plus à même de jouer ce rôle et d'aider le patient dans cette voie, d'où l'importance de l'interdisciplinarité dans la prise en charge de l'individu alcoolique⁴⁴.

Le vécu de l'alcoolisme par le patient est façonné par la société et également par la déformation tant physique que psychique forcée par l'alcool : l'individu alcoolique doit composer avec le regard des autres ainsi que le sien. Il est alors très important de souligner les aspects positifs du patient, même dans la rechute, et de renforcer son narcissisme pour qu'il puisse surpasser sa honte et ainsi, s'éloigner de l'alcool qui pourrait selon lui diminuer ses angoisses et lui faire oublier son indignité⁴⁵.

2. L'authenticité soignante

a) Qu'est-ce qu'être authentique ?

Tout d'abord, l'authenticité ne doit ni être confondue avec la rudesse qui, selon le Larousse, caractérise un comportement qui fait preuve de dureté, d'insensibilité⁴⁶, ni avec l'indélicatesse, qui

42 Op cite *Comprendre et accompagner le patient alcoolique* p 61, 62, 65.

43 Ibid p 74, 75, 86.

44 Ibid p 75, 76, 79, 82.

45 Op cite, *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. p 74.

46 LAROUSSE.FR. Dictionnaire Français [en ligne]. [consulté le 06.12.2016]. Disponible sur :

est l'absence de délicatesse morale⁴⁷. L'insensibilité est l'antonyme de sensibilité, qui est liée à l'empathie, tandis que la délicatesse tire son origine du latin *delicatus*⁴⁸, signifiant doux, tendre, fin.

Toujours selon le dictionnaire, l'authenticité est le caractère de ce qui est authentique, exact, ou bien encore la sincérité des sentiments, la vérité d'un témoignage⁴⁹. En somme, nous sommes authentiques quand nous sommes réellement nous-mêmes et que nous exprimons sincèrement nos sentiments.

D'après ces diverses définitions, nous pouvons en conclure que l'authenticité n'empêche pas l'individu qui en fait preuve de se montrer délicat et d'aborder autrui avec tact, ce qui est appuyé par Geneviève Odier⁵⁰, psychothérapeute certifiée en Approche Centrée sur la Personne, qui reprend les principes de Carl Rogers dans son ouvrage *Être vraiment soi-même*.

Comme le souligne Carl Rogers, chaque individu est unique. Cette subjectivité doit être valorisée car elle entraîne des expériences personnelles qui peuvent déboucher sur de nouvelles idées, de nouvelles pratiques, comme ça a été le cas pour lui-même avec l'approche centrée sur la personne. L'auteur invite donc à se baser sur notre expérience, découlant donc de notre subjectivité, plutôt que sur le politiquement correct, et de tirer nos propres questionnements et conclusions. Ainsi, l'authenticité a également cette fonction de nous faire nous interroger plutôt que de suivre des enseignements sans se poser de questions. Cette authenticité, entraînant la congruence comme nous le verrons plus loin, laisse émerger notre vrai soi, notre façon d'être et cela nous permet de nous développer et de prendre confiance en notre appréhension de la vie⁵¹.

Avec cette base, la logique soignante de Carl Rogers est plus aisée à comprendre : nous devenons l'outil du soin, et si nous nous basons sur notre subjectivité, notre ressenti, nos expériences, il doit en être de même pour le patient. Le rôle du soignant est alors d'aider le soigné à retrouver sa subjectivité et à comprendre ce qu'il ressent, afin qu'il puisse trouver ses propres solutions, sans imposer ni notre jugement, ni notre expérience, ni notre subjectivité⁵².

Alexandre Manoukian, psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier, ajoute qu'« *Être authentique, c'est tenter, car ce n'est pas toujours facile, d'être soi-même* ». L'auteur explique ces mots par le fait que dans toute relation interpersonnelle, nous avons souvent tendance à nous soustraire derrière des comportements stéréotypés, réglementés, ou derrière des habitudes tant

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ind%C3%A9licatesse/42508#FiLt4Q3W5Q2w60CU.99>>

47 Ibid. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rudesse/70196#0pJqgQ37Fz2Pk00A.99>>

48 GAFFIOT, Félix. Le Gaffiot Dictionnaire Latin-français. p 490. [en ligne]. [consulté le 06.12.2016]. Disponible sur : <<http://www.lexilogos.com/latin/gaffiot.php?q=deliciae>>

49 Ibid. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/authenticit%C3%A9/6558>>

50 Op cite *Être vraiment soi-même*, p 75.

51 Ibid, p 37.

52 Ibid p 5, 17, 18, 26, 30, 33, 34, 110.

professionnelles qu'institutionnelles⁵³. C'est donc tout un travail d'atteindre une connaissance de soi suffisante pour réussir à repérer les moments où l'on est susceptible de pencher dans la superficialité, et de savoir rester soi-même à tout instant, quand bien-même on pourrait se sentir vulnérable face aux autres.

Au niveau interpersonnel, Monjauze souligne que les relations entre patients et soignants sont toujours différentes et uniques de par la singularité de chaque individu, et qu'il est presque nécessaire que tous les soignants soient différents pour la diversité des relations et des soins que cela occasionne⁵⁴. Nous retrouvons l'unicité de Carl Rogers, et de cela peut découler une certaine authenticité : l'IDE est indubitablement un soignant dans le cadre du soin, mais aussi une personne avec ses propres qualités et défauts, avec lesquels il doit composer pour travailler⁵⁵. Monjauze invite donc le soignant à se connaître lui-même afin d'améliorer son travail et sa capacité à se détacher de lui-même afin d'être totalement disponible pour l'autre, idée prônée par Carl Rogers. Les bases de l'Approche Centrée sur la Personne de ce dernier sont également reprises par Monjauze : « *les conditions essentielles de l'entretien sont l'absence de curiosité gratuite, l'absence d'a priori et de jugement de valeur, un sincère intérêt pour le patient et lui seul, la bienveillance et la neutralité* »⁵⁶.

b) La relation soignant/soigné et la relation d'aide

Selon Manoukian, une relation se définit par une interaction entre au minimum deux personnes⁵⁷. Dans le contexte de l'hôpital, c'est un patient et un soignant qui interagissent lors des soins, de la distribution des médicaments, de l'aide au repas... en somme, tous les échanges quels qu'ils soient, même en dehors des entretiens⁵⁸. Ces échanges comprennent le langage tant verbal que non-verbal, et sont fortement influencés par nos affects, eux-mêmes marqués par notre personnalité propre. Ainsi, lorsque le soignant s'intéresse réellement à son patient et que tous deux laissent leurs personnalités s'exprimer, la relation devient plus vraie, plus authentique, relation que Manoukian renomme rencontre⁵⁹.

Avant de pouvoir entrer en relation avec l'autre, tout un chacun doit se construire et apprendre à entrer dans un rôle. Ces rôles sont d'abord des jeux, par exemple d'imitation, lorsque nous sommes enfants. Peu à peu, le regroupement de ces rôles sociaux construit l'enveloppe ou l'écorce sociale de notre personnalité, et chacun de ces rôles contient des connaissances et des

53 MANOUKIAN, A. MASSEBEUF, A. *La relation soignant-soigné*. P 7.

54 Op cite *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. P 45-46.

55 Op cite *Être vraiment soi-même*, p 103, 104, 176.

56 Op cite *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, p 112, 114.

Op cite *Être vraiment soi-même*, p 168, 169, 170.

57 Op cite *La relation soignant-soigné*, p 7.

58 Ibid p 8.

59 Ibid p 9, 12.

expériences. Lorsque nous entrons en relation duale, les rôles de chacun sont en général complémentaires, et l'un comme l'autre doivent connaître un minimum le rôle de leur interlocuteur⁶⁰. Dans le contexte d'une hospitalisation, le soignant doit connaître le rôle de patient, et *vice versa*, au risque qu'une mésentente et une incompréhension préjudiciables à la relation et aux soins s'installent.

Dans le cas du soignant, celui-ci doit apprendre son rôle d'infirmier, de médecin, d'aide-soignant, de psychologue... Cet apprentissage est d'autant meilleur que la personne est motivée et a fait le choix de l'acquérir. Cette motivation se compose du moi intime, avec ses désirs, ses rêves, ses connaissances et aptitudes propres, auxquels s'ajoutera l'expérience d'une formation. À cela se greffent les attentes sociales : si le rôle social est attendu, il est d'autant plus facile à acquérir⁶¹.

Le rôle de soignant et de patient ainsi définis aident à se placer dans la relation d'aide, particulière dans sa place de l'accompagnement du patient : le soignant, et plus particulièrement l'infirmier, aide le patient à vivre sa maladie et les changements qu'elle implique dans sa vie, avec pour objectif d'atteindre un mieux avec le partage des compétences. Cet engagement bilatéral sur le court ou moyen terme⁶² suit les règles de l'approche centrée sur la personne, soit l'absence de jugement, la considération positive, l'empathie et l'authenticité. Selon Carl Rogers, ces trois conditions permettent d'instaurer un climat de confiance, de liberté. Au sein de cette ambiance chaleureuse, le patient peut se sentir écouté sans être jugé, contrairement à ce qui peut se passer avec sa famille ou ses proches⁶³. Ici, le rôle de l'infirmier n'est pas vraiment de répondre aux questions que le patient se pose. En effet, selon Manoukian, une solution externe ne sera jamais aussi efficace qu'une réponse interne. Dans la relation d'aide, le rôle de l'infirmier est de soutenir, d'accompagner à son rythme le patient dans sa maladie. Ainsi, en laissant la parole au patient, le soignant l'aide à trouver ses propres solutions⁶⁴, en favorisant la prise de conscience de soi en tant qu'individu unique, sans imposer ses connaissances ou ses expériences, ni placarder d'étiquettes diagnostics⁶⁵.

D'après Antoine Bioy, cette relation d'aide serait la seule façon efficace -sans compter le savoir-faire technique- de prendre soin du patient de manière optimale pour qu'il se sente mieux et dans sa maladie, et dans sa vie quotidienne. L'accomplissement de cet objectif implique que « *le soignant croie en ce qu'il fait, qu'il ressente une certaine confiance en l'humain quelles que soient les difficultés du parcours et les entraves rencontrées.* »⁶⁶.

En conclusion, la relation soignant-soigné est une association de facteurs internes, composés

60 Ibid p 14,15.

61 Ibid p 16,17.

62 Op cite *Être vraiment soi-même*, p 187-190.

63 Ibid, p68.

64 Ibid p 56,57.

65 Ibid, p 33, 141, 150.

66 Op cite *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*, p 24.

de la personnalité du moi intime et des rôles sociaux acquis au fil des âges, et externes avec le regard de la société et celui d'autrui, en particulier l'interlocuteur.

Selon Michel Castra, maître de conférences à l'Institut de sociologie et d'anthropologie, cette identité personnelle se construit au fil de la socialisation au tout au long de notre vie en fonction de notre parcours et de nos capacités : notre « moi » n'est ainsi jamais figé, jamais immuable. En d'autres mots, notre identité peut être définie comme la constitution d'un « *ensemble des caractéristiques et des attributs qui font qu'un individu ou un groupe se perçoivent comme une entité spécifique et qu'ils sont perçus comme telle par les autres.* », avec une identité pour soi renvoyant à l'image que l'on a de nous, et l'identité pour autrui qui à l'inverse est l'image que nous renvoie les autres.⁶⁷

Ces facteurs doivent être présents afin d'avoir une prise en charge optimale que ce soit au niveau relationnel ou technique. Cette relation, si elle est suffisamment authentique, peut être une réelle rencontre entre deux personnalités, celle du soignant et celle du patient. Enfin, l'infirmier en particulier accompagne et soutient le patient dans sa vie modifiée par la maladie à travers une relation d'aide, intimement liée à la vision et philosophie humaniste de Carl Rogers, avec ses principes de base que sont le non-jugement, la considération positive et la congruence.

c) L'authenticité et la congruence dans le soin

Comme nous l'avons vu, le soignant doit aider le patient à recouvrer sa subjectivité, son unicité, son authenticité. Alors, si le soignant n'est lui-même pas authentique, comment le patient pourrait-il l'être ? C'est ici que repose tout l'intérêt d'être vrai dans sa relation avec le patient : l'objectif est de l'aider à se retrouver et de montrer qu'il est possible de vivre en s'acceptant entièrement⁶⁸.

La congruence, liée à une connaissance et une expression de soi, est définie par un état d'harmonie au sein d'une relation d'aide qui « *permet à chacun d'advenir à soi, sans que l'un s'impose à l'autre, le dépossède de lui-même, le contraigne à devenir lui.* »⁶⁹. Cette notion entraîne une certaine spontanéité, car en étant congruent, nous agissons en concordance avec ce que nous sommes⁷⁰. Le soignant congruent connaît ses forces et ses faiblesses et les accepte, tout autant que ses erreurs, et doit ainsi faire preuve d'humilité.

Pour être congruent, il faut que le thérapeute accepte la subjectivité de l'autre, et qu'il conçoive de ne pas nécessairement avoir les clés de la compréhension du patient, et ceci pour trois raisons : premièrement, toute autorité quelle qu'elle soit, ici représentée par le soignant, peut se

67 CASTRA Michel. Identité. *Les 100 mots de la sociologie*. p72-73.

68 Op cite *Être vraiment soi-même*, p 76, 78.

69 LABELLE J-M, *La réciprocité éducative*.

70 Op cite *Être vraiment soi-même*, p 70.

tromper. Deuxièmement, les méthodes coercitives et interprétatives fonctionnent rarement au long terme, comme nous pouvons le constater avec les campagnes de préventions de santé publique se basant sur la peur et l'autorité médicale. Troisièmement et dernièrement, le savoir-faire du soignant n'est pas au cœur du relationnel, car l'important réside dans ce que le patient vit, pense et ressent⁷¹.

Dans cette relation, il « suffit » au soignant d'être présent et d'avoir le désir de rencontrer l'autre, de communiquer sans mots sa bienveillance envers l'individu, sans avoir d'attentes. Une compréhension mutuelle est nécessaire à ce travail, ainsi que la confiance du soignant envers son patient. En effet, cette confiance favorise la prise de conscience de ce dernier et le rassure sur ses capacités. Le respect du ressenti organismique sub-cité ne laisse aucune place à l'interprétation et permet au patient de prendre confiance en lui et ses ressentis, et ainsi d'avoir confiance dans les solutions qui lui sont propres. Cela a également l'avantage d'induire un sentiment de responsabilité de soi et de ses actes, sentiment important notamment pour le patient alcoolique qui a perdu ce sens⁷².

Cette congruence, teintée d'idéalisme, est atteignable par tout un chacun avec la pratique et une constante remise en question de soi. Nous pouvons également la gagner puis la perdre, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle fasse partie intégrante de nous-même, tout comme le regard positif inconditionnel et l'empathie. Toutefois, cela demande une énergie considérable et Geneviève Odier précise qu'il est impossible d'être congruent à chaque instant⁷³.

d) La relation entre soignant et patient alcoolique

Selon Carl Rogers, nous sommes tous différents, mais il existe tout de même certaines constantes. Trois facteurs majeurs existent dans notre fonctionnement et constituent la base de la thérapie centrée sur la personne : la tendance actualisante, le processus directionnel, et l'essence positive.

Pour résumer, la tendance actualisante peut être rapprochée de la résilience de Boris Cyrulnik, du fait qu'elle permet à tout être vivant d'évoluer, de s'épanouir, de s'adapter, de s'intégrer à son environnement, ainsi que de se remettre d'un accident grave, qu'il soit physique ou psychique.

Le processus directionnel induit une idée de mouvement, d'évolution. En effet, ce processus se définit par un comportement adopté par l'individu le poussant vers le meilleur développement, la meilleure évolution. Ce processus est permis par le ressenti organismique et l'experiencing, qui sont respectivement la sensation globale d'une expérience, mise en lien de la résonance interne qu'elle provoque en nous et des perceptions externes de l'environnement, et le ressenti immédiat et

71 Ibid, p 34.

72 Ibid p 49, 50, 61, 62.

73 Ibid p 72, 105.

authentique d'une situation soudaine. C'est ce ressenti organismique qui peut être défaillant chez le patient et que le soignant doit aider à recouvrer. Aussi, il est important de souligner que lorsque notre experiencing et notre Soi divergent, c'est à dire quand notre vécu n'est pas en accord avec nos valeurs propres, il y a un risque de dissonance émotionnelle : nous développons un mécanisme de défense en niant ou en rationalisant. En tant que soignant, nous devons connaître ce risque et en comprendre le mécanisme afin de ne pas stigmatiser un patient dans le déni⁷⁴.

Selon Rogers, l'essence positive de la personne signifie que l'individu est fondamentalement positif. Non qu'il renie l'existence de tout acte négatif, méchant ou mauvais, Rogers est simplement convaincu que toute personne a les capacités de se développer de façon positive. Cette vision entraîne le regard positif inconditionnel, qui peut être rapproché à l'amour de l'humanité, qui instaure un climat sécurisant et réparateur dans lequel le patient peut s'épanouir sans se sentir jugé⁷⁵.

Tous ces facteurs induisent un Soi -constitué du soi réel et du soi idéalisé- en constante évolution grâce aux différentes émotions et expériences vécues. Cette évolution est une réorganisation d'éléments internes constants⁷⁶.

Pour comprendre le patient, il faut que le soignant se montre empathique, c'est à dire qu'il fasse preuve d'une sensibilité, d'une appréhension des émotions dites et non dites, qu'il les comprenne et sache se montrer rassurant, sans attendre ni provoquer quoi que ce soit chez le patient. Cette attitude d'écoute nécessite de l'attention, une ouverture d'esprit et de la disponibilité. En somme, l'empathie sert au soignant à se rapprocher du ressenti du patient et à le comprendre, en laissant ses propres références et valeurs de côté, tout en évitant de tomber dans la fusion avec les sentiments du patient. Ainsi, le soignant peut accepter le soigné et l'accompagner sans le précipiter ou le ralentir : tous deux marchent côte à côte⁷⁷.

Dans la relation soignant-soigné, il est essentiel de toujours travailler avec le patient. De plus, le soin en alcoologie -comme dans tout au service- se fait au cas par cas : le soignant doit parfaitement connaître son patient pour l'aider à guérir⁷⁸. Et comme nous l'avons vu avec les trois facteurs précédents, il est naturel de se dire que chaque patient a besoin d'être aidé à retrouver sa dynamique positive. Selon Monjauze, « *Puisque nombre de patients ne se voient que dans le regard des autres, les infirmières peuvent, avec tact, leur dire comment elles les voient.* » Ne leur est dit que le positif, sauf si le patient est en demande, et dans ce cas l'infirmier se doit de répondre avec honnêteté, en rajoutant si possible un élément positif afin d'atténuer le sentiment de honte qui peut se dégager d'une critique négative⁷⁹. Cet élément du soin permet au patient de construire ou de reconstruire son « identité pour autrui », que je définirai plus bas.

74 Ibid p 75, 81, 82.

75 Ibid p 80.

76 Ibid p 41, 43, 44, 45, 46, 53, 60, 71.

77 Ibid p 89, 90, 141.

78 Op cite *Comprendre et accompagner le patient alcoolique* p 43.

79 Ibid p 87, 88.

Dans une démarche d'autonomisation du patient, celui-ci ne doit pas être infantilisé et son rythme doit être suivi par tout soignant, dont le rôle est de donner l'occasion au patient de proposer ses propres idées et de trouver ses propres solutions⁸⁰.

Dans le projet de soin, un infirmier peut être le référent d'un patient selon leurs affinités⁸¹, c'est à dire selon la personnalité du patient, et également selon celle de l'infirmier : cela demande donc une certaine authenticité de la part de l'infirmier, qui travaille avec ce qu'il a et ce qu'il est, de s'impliquer émotionnellement, tout en conservant sa position soignante et ainsi, une juste distance⁸². Imposer cette juste distance a l'avantage de fixer les limites dont justement le patient alcoolique manque⁸³.

e) Authenticité et juste distance

L'authenticité et ainsi la congruence supposent que le soignant s'implique émotionnellement, qu'il soit capable d'exprimer ce qu'il ressent chez le patient. Ceci entraîne la question d'une juste distance : où poser les limites de la relation d'aide, comment ne pas tomber dans la sympathie, ou au contraire, dans l'apathie ?

La juste distance permet de proposer d'autres alternatives et de ne pas s'enfermer dans une relation exclusive avec le patient, relation qui au bout du compte, serait néfaste pour son autonomisation. Comme nous l'avons vu, l'affirmation et la prise de conscience de soi pour le soigné nécessite une approbation extérieure incarnée par la confiance du soignant. Cette nécessité peut entraîner une dépendance qui doit être équilibrée et acceptée par le soignant⁸⁴. Le soin doit alors se faire avec une distance respectueuse pour ne pas étouffer la subjectivité du patient afin qu'il trouve son autonomie et sa liberté, pour qu'il puisse se ressourcer et évoluer selon ses valeurs, ses projets, ses idéaux⁸⁵.

Cela permet également au patient ne pas être déstabilisé lors des relais des équipes et ne pas se sentir abandonné⁸⁶. Cette juste distance a aussi un effet protecteur pour le soignant qui pourrait souffrir d'une relation trop fusionnelle avec le patient.

Qu'en est-il d'une distance trop éloignée ? Cela peut se montrer tout aussi néfaste qu'une distance trop proche : le patient peut ne pas se sentir écouté et avoir le sentiment que le soignant ne se préoccupe pas de lui, nuisant ainsi à une bonne communication. Le risque autant pour le

80 Ibid p 69, 71, 72.

81 Ibid p 94.

82 Ibid p 164, 165, 198.

83 Ibid p 114.

84 Op cite *Être vraiment soi-même*, p 50.

85 Ibid p 37.

86 Op cite *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, p 92.

soignant que le soigné est de développer des mécanismes de défense de froideur et d'agressivité préjudiciables aux soins et à une relation soignant-soigné efficace.

Finalement, nous ne pouvons pas certifier qu'il existe une juste distance unique ou universelle. Selon le principe d'authenticité, la juste distance se construit avec le patient et avec ce que nous sommes, et il existe donc autant de relations possibles que de soignants et de patients. D'autant que la congruence nous protège en quelque sorte de l'identification et de l'écueil de la sympathie pour le patient : en effet, si nous sommes suffisamment clair avec nos sentiments, nos valeurs, nos références et donc notre Soi, il est déjà plus difficile de se confondre avec celui d'autrui⁸⁷.

Pour conclure, nous pouvons dire que la juste distance est celle avec laquelle nous nous sentons bien, avec laquelle nous nous sentons en accord. Par contre, elle ne doit pas non plus déranger le patient de quelque façon que ce soit.

f) Limites de l'approche

En son temps, l'Approche Centrée sur la Personne a connu beaucoup de détracteurs plutôt paternalistes. Mais de nos jours, nous pouvons tout de même souligner un paradoxe, même s'il est reconnu que l'être humain se développe grâce aux relations avec son environnement et donc, autrui: comment le soignant peut-il agir avec toutes ces règles préconisant la liberté du patient et ce, sans interférer ? L'institution que représente l'hôpital et la présence même du soignant agissent sur le patient : en effet, le patient est ici pour être soutenu, pour être aidé, le soignant a des connaissances que ce dernier n'a pas, et l'hôpital ou la clinique imposent des règles à suivre. De ce fait, le soignant tout comme le patient doivent rester dans les clous et suivre un « parcours type », d'autant que les séjours hospitaliers sont de plus en plus raccourcis. De plus, découlant de notre époque où le modèle « action-réaction » est à suivre impérativement, certains patients souhaitent une réponse, une aide tangible et rapide, et ne veulent pas d'une « simple » écoute active. Enfin, certains patients manipulateurs ou délirants peuvent retourner notre congruence contre nous dans le premier cas, et y être insensible dans le deuxième.

Vis à vis du regard positif inconditionnel, qui complète le besoin d'amour et de reconnaissance dont tout individu a besoin pour son équilibre, nous pouvons nous poser une question d'ordre éthique : tout accepter du patient, oui, mais jusqu'à quel point ? Tout d'abord, il ne faut pas confondre accepter et approuver. Le rôle du soignant n'est pas de conseiller ou de cautionner, bien que cela soit tentant et même s'il a une certaine responsabilité envers le patient et la société. Dans ce cas, s'il existe un véritable problème mettant en danger l'entourage du patient ou lui-même, le soignant se doit de prévenir ce dernier qu'il doit prendre certaines mesures, tout en conservant le

87 Op cite *Être vraiment soi-même*, p 90.

secret professionnel et ainsi une certaine confiance relationnelle. Cependant, cette réponse ne peut être donnée qu'au cas par cas, car chaque individu et donc chaque situation de soin est unique⁸⁸.

En somme, ce n'est pas une construction intellectuelle, c'est une manière d'être qui est proposée par Carl Rogers, de laquelle les notions ne doivent pas être enlevées ou rajoutées, au risque de perdre le sens voire l'efficacité de l'Approche. Pour ce même risque, elle ne doit pas non plus devenir une méthode rigide, complètement contraire à l'essence même de la subjectivité. Ceci implique un côté intuitif, viscéral et non rationnel, presque inexplicable, proche de l'inné. Proche, car selon Rogers, n'importe qui peut développer l'empathie nécessaire à l'Approche, si un bon milieu et de bonnes sollicitations le permettent⁸⁹.

L'Approche implique que le soignant souhaite le meilleur pour son patient. Cependant, Mireille Cifali, professeur en sciences de l'éducation, a posé plusieurs questions sur la volonté du soignant d'aider, d'accompagner, de soutenir, de panser, d'autonomiser... en bref, de soigner. Tous les points soulevés dans la partie Ombre de son ouvrage *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*, ont pour but de faire réfléchir chaque soignant sur sa propension altruiste, de chercher s'il n'y aurait pas une raison plus sombre, plus égoïste dans cette abnégation de soi.

Cifali noircit volontairement le tableau en déclarant que derrière l'altruisme de tout métier de l'humain, se cacheraient des vices. Aider l'autre serait un moyen de s'aider soi-même, de se renarcissiser. Le soignant serait en quelque sorte récompensé par la gratitude qu'il reçoit de ses patients. De cela nous pouvons en dégager une forme de paternalisme médical, du fait de ce sentiment de pouvoir, de puissance du soignant qui sait, qui est en bonne santé, face à l'ignorance et la temporaire faiblesse du patient. Malgré tout, nous nous cachons derrière le bien de notre geste, de notre prétendu altruisme, alors que nous sommes tout comme l'autre « *ni bon ni mauvais* »⁹⁰. Cifali note également qu'il y aurait toujours, dans le soin institutionnalisé, avec ses lois et ses règles, la violence d'une relation verticale, quand-bien même nous la souhaiterions la plus personnelle et authentique possible.

Comme je l'ai souligné ci-dessus, Cifali a volontairement grossi les traits pour que ce genre de situations nous paraissent plus inhumaines, plus insupportables à nos yeux de soignants, afin que justement, nous puissions réfléchir à notre pratique et à ce qui nous motive vraiment dans notre profession. Tout ceci dans le but de mieux nous connaître : en se connaissant soi-même, il est alors plus facile d'aider l'autre, surtout dans le cas de l'alcoolisme où le patient ne connaît plus les limites et ne se reconnaît même plus dans le miroir.

88 Op cite Être vraiment soi-même, p 84, 85, 119, 120, 121, 122.

89 Ibid p 38, 91, 92, 93, 109, 110.

90 CIFALI, M. *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. P 66.

3. Conclusion du cadre conceptuel

Le soignant doit comprendre, accepter, accompagner, sans jamais s'imposer. Il s'oublie au profit d'autrui. Cette altruisme -qui ne peut se feindre- permet une réelle relation soignant-soigné et ainsi une prise en charge de meilleure qualité. Cela apporte tout autant au soignant qui se sent alors utile, valorisé par un soin bien fait, qu'au patient qui ne subit par une relation paternaliste où il ne peut décider de rien alors qu'il s'agit de son corps, de sa santé, de sa personnalité, de ses valeurs. Justement, la finalité de l'Approche centrée sur la personne est que le patient soit capable d'aborder et d'accepter son Soi. En assumant ses émotions et sentiments tant positifs que négatifs, le patient est capable de mieux gérer ses conflits internes et peut composer avec l'adversité. Cette reconnaissance de soi entraîne autonomie et sens des responsabilités. De plus, en se dégageant du regard et du jugement des autres, il peut agir selon ses valeurs propres : l'être l'emporte sur le paraître.

Ce travail d'analyse d'ouvrages de professionnels de santé m'a fait me questionner sur la problématique suivante : qu'en pensent réellement les patients ?

III. CADRE EMPIRIQUE

1. Objectif global, outil et population de l'enquête

L'objectif de l'enquête est de connaître le ressenti des patients vis à vis d'une relation avec les soignants, qu'ils soient aide-soignants, infirmiers, médecins, psychologues... Cette enquête permettra de connaître le ressenti d'anciens alcoolo-dépendants, et également de savoir ce que recherchent les patients chez le soignant qui leur fait face durant un entretien d'aide, et de confirmer ou infirmer les théories citées dans le cadre conceptuel.

Dans un premier temps, j'analyserai les témoignages de personnes ayant décidé de partager leur vécu de la dépendance alcoolique sur le forum officiel des alcooliques anonymes. Ces témoignages sont totalement libres et ils me semblent donc appropriés pour connaître le vécu des patients alcooliques : ces témoins volontaires, affranchis de l'alcool ne sont influencés par aucun regard soignant, ils parlent librement sans avoir peur du jugement d'autrui, ils écrivent ce qu'ils ont ressenti et ce qu'ils ressentent encore.

Dans un second temps, l'entretien individuel semi-directif est donc selon moi l'outil le plus à même de fournir ces réponses. Durant cet entretien, la personne interrogée est libre de parler comme elle le souhaite et n'est pas bridée par des questions fermées type questionnaire. Cet outil a également l'avantage de ressembler à une discussion où l'opinion de l'autre compte pour l'enquêteur. L'entretien semi-directif permet aussi d'avoir un certain contrôle sur la « discussion » : à l'aide de questions de relance, je peux rediriger l'entretien sur le sujet qui m'importe.

La population interrogée sont des hommes et des femmes atteints d'alcoolisme chronique, en phase de sevrage voire abstinent, afin d'avoir leur avis clair de tout alcool. Il serait également intéressant de voir si l'avis des patients change selon l'ancienneté de leur pathologie alcoolique et de leur prise en charge, afin de voir si le temps passé à côtoyer les soignants influe leurs connaissances et leurs réponses.

2. Développement de l'enquête

Pour ma première enquête, j'ai choisi le site officiel des Alcooliques Anonymes, source sûre et bien spécifique à mon sujet. J'ai sélectionné trois témoignages, différents de par leur auteurs aux parcours hétéroclites, et de par leurs styles narratifs distincts.

Pour la seconde partie de mon enquête, j'ai eu beaucoup de difficultés pour rencontrer des patients souffrant d'alcool-dépendance. Je me suis d'abord orientée vers les structures de soins, qui me répondaient qu'il était impossible de m'entretenir avec des patients en dehors d'un stage. Au vu de ces refus, j'ai cherché du côté des associations, les ANPAA, les CSAPA, les Alcooliques Anonymes, Vie Libre et plusieurs autres associations, qui ne m'ont pas répondu pour la plupart, ou de façon négative. J'ai finalement rencontré une personne souffrant d'alcool-dépendance par le biais de connaissances. Cette femme, que je nommerai Mme X, a accepté de répondre à mes questions. Par soucis de conserver son anonymat, je lui ai d'emblée proposé un entretien téléphonique. Celui-ci a duré une trentaine de minutes. Je n'ai malheureusement pas pu enregistrer la conversation, mon dictaphone ne captant pas la discussion même en haut-parleur, que je n'ai pas voulu laisser par soucis de confidentialité.

Enfin, j'ai reçu l'invitation d'un Alcoolique Anonyme à assister à l'une de leurs réunions. Je n'ai pris ni note, ni fait d'enregistrement, la séance réclamant un anonymat total et un respect des personnes témoignant de leurs sentiments. J'ai cependant retenu l'ambiance générale de la réunion et certains mots et phrases qui m'ont marqués.

3. Biais et limites de l'enquête

La première limite est évidemment le manque d'entretiens, faute de patients avec qui m'entretenir malgré mes recherches. Mon analyse est forcément biaisée car je n'ai interrogé qu'une

seule personne, et je n'ai donc qu'un seul avis sur la relation soignant-soigné. Je ne pourrais alors pas « généraliser » les conclusions que je tirerai de cet entretien. De plus, malgré les notes que j'ai prises et l'entretien ayant duré une trentaine de minutes pleines, il est évident qu'il me manque certains passages que je n'ai pas eu le temps de noter. De plus certains pans de la discussion sont retranscrites avec peu de notes, j'ai donc dû me remémorer la discussion et cela entraîne un biais interprétatif, car, comme le dit Bernard Werber « *Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez, ce que vous croyez en comprendre, ce que vous voulez comprendre, et ce que vous comprenez, il y a au moins neuf possibilités de ne pas se comprendre.* ». De nombreuses phrases retranscrites ont été prononcées tel quel, mais d'autres ne sont pas au mot près. De ce fait, je n'ai pas la phrase authentique de Mme X et donc pas matière à analyser dans sa globalité ce qu'elle a dit ou voulu dire.

Aussi, vis à vis de l'entretien, je n'ai pas posé la question prévue car elle était à mon sens un peu trop générale pour une personne dont je ne connaissais rien à son parcours de santé. Au vu de sa prise en charge, j'ai préféré utiliser de prime abord mes questions de relance, qui peuvent déjà paraître redondantes, et qui peuvent également un peu trop aiguiller l'interviewée dans une direction ou une autre.

Un autre point à souligner est ma position professionnelle : en effet, je n'étais pas face à un professionnel de santé, mais face à un patient. J'ai éprouvé une certaine difficulté à trouver ma place entre l'étudiante réalisant une enquête pour son mémoire de fin d'études, et entre l'étudiante infirmière écoutant une patiente ayant besoin de discuter. La complexité de la situation m'a donc fait perdre de vue à plusieurs reprises mon objectif, et au lieu de recentrer Mme X, je l'ai écoutée, notamment sur le décès de ses parents que je n'ai volontairement pas retranscrit.

Du fait de ce manque d'étoffe et de rigueur, mon enquête est donc à prendre en considération avec précaution. Comme je l'ai exprimé à travers l'objectif global de mon enquête, j'aurais aimé pouvoir rencontrer plus de patients, des hommes comme des femmes, jeunes ou plus âgés, avec des parcours variés, afin d'estimer si ces différences influent sur leur vision des soignants et sur la relation qu'ils entretiennent avec eux.

Vis à vis des témoignages, ceux-ci sont de personnes participant aux Alcooliques Anonymes, et il me semble, à travers le dernier paragraphe de chacun, qu'ils tiennent plus d'un « livre d'or » louangeant le groupe auxquels ils appartiennent. Ce n'est évidemment pas un problème, mais je tenais à souligner l'impression que j'ai eu à la lecture de ces témoignages. Néanmoins, après avoir assisté à une réunion des Alcooliques Anonymes, je peux comprendre leur engouement pour cette association de partage et de soutien, qui devient pour eux une véritable famille. Cela entraîne également un autre biais interprétatif et émotionnel, étant donné que j'ai été véritablement touchée par les témoignages des personnes présentes.

De plus, m'attachant plus au style d'écriture et au parcours de vie, je ne me suis aperçue que

tardivement que je n'avais sélectionné aucun témoignage d'hommes. Il me manque donc la vision des hommes sur le sujet, qui ont peut-être un point de vue différent de celui des femmes.

IV. ANALYSE

Tout d'abord, je commencerai par présenter la séance des Alcooliques Anonymes à laquelle j'ai pu assister. Ayant simplement écouté les témoignages des personnes présentes, je proposerai une simple restitution des mots clés et des phrases qui m'ont interpellés durant la réunion.

Pour l'analyse des témoignages et de l'entretien, j'ai choisi de classer les informations thèmes par thèmes, selon les conclusions que j'ai tirées de mon cadre conceptuel et de la lecture des différents écrits rapportés. Nous reverrons tout d'abord la dépendance du point de vue des personnes alcoolo-dépendantes et la honte qui y est liée. Nous verrons par la suite comment le sentiment de solitude semble les étouffer et combien le regard des autres peut se montrer salvateur. Nous aborderons ensuite la question de la place du patient dans la prise de décision. Enfin, nous verrons quelle est la place du secteur de soin et de la relation soignant-soigné au sein de la pathologie alcoolique selon les différents témoignages.

1. Les Alcooliques Anonymes

Durant la séance, toutes les personnes présentes ont témoigné de leur vécu de l'alcoolisme et comment cette expérience a pu les aider à tendre la main à des pairs dans le besoin. J'ai rencontré des hommes et des femmes d'horizons multiples, partageant le même souci, le même démon qu'est l'alcool, avec le même désir : partager, se faire aider et aider à leur tour.

À travers leurs témoignages, j'ai recueilli plusieurs mots et expressions qui ont été répétés de nombreuses fois et que chacun d'entre eux semblaient partager intimement. Voici ce que j'ai pu retenir :

Solitude	<i>J'étais une bête</i>	<i>C'était comme Doctor Jekyll and Mister Hyde</i>
	Déchéance	
<i>On ne se reconnaît plus...</i>		Cercle vicieux
	Déclat	
<i>Tu as ouvert la bonne porte</i>		<i>J'ai retrouvé une famille avec les AA</i>
Honnête	Famille	
	<i>Bienvenue</i>	

Je ne suis plus seul

Une main tendue

Tous ces mots impliquent une intense solitude et une véritable déchéance. Tous ont exprimé la difficulté à se reconnaître lorsqu'ils étaient sous l'emprise de l'alcool « *Quand on est clean, on se dit "Non, c'est pas possible, ce n'est pas moi" »* .

Après avoir raconté leur plongeon dans l'alcool, les Alcooliques Anonymes ont tous évoqué un « déclic », quelque chose qui leur a fait prendre conscience de leur dépendance et de leur état tant physique que mental. Pour certains, la menace d'être quitté par leur proche les a décidé à stopper l'alcool, pour d'autres, c'était la réalisation que leurs enfants souffraient en silence.

Les personnes présentes ont par la suite confié combien le soutien et la bienveillance des Alcooliques Anonymes les avaient aidés dans leur combat contre l'alcool. La régularité des réunions et l'honnêteté envers soi et les autres ont également été deux concepts largement partagés.

2.La dépendance

La perte de contrôle est évoquée dans chaque témoignages. Cette absence de contrôle sur la consommation renforce l'impression que l'alcool devient maître de leurs pensées et de leurs gestes. Dans le dernier témoignage, elle est décrite comme une lente descente aux enfers « *Comment en étais-je arrivée là ? Lentement, insidieusement, sans m'en rendre compte »* . Dans la dépendance, la logique se perd : ils savent qu'il y a un problème, sans vraiment le savoir.

Ce plongeon dans l'alcool est bien exprimé par Antoine Gausso⁹¹, qui associe justement le vocabulaire de la noyade à la perte de contrôle totale dans l'alcool, sans pouvoir y faire quoi que ce soit, comme quelqu'un se jetant à l'eau sans savoir nager et sans bouée.

Dans l'entretien téléphonique, Mme X l'exprime bien : les façons de boire changent, la consommation augmente crescendo, « *Ça met la puce à l'oreille, mais au début, je ne me suis pas dit ça, je ne le voyais pas.* ». Une forme de déni s'installe avec la consommation parfois de plus en plus importante, parfois de plus en plus régulière... en somme, une consommation sans contrôle. Ceci jusqu'à un déclic, une répugnance, un dégoût de l'alcool et de soi-même.

Contrairement à ce que dit Antoine Bioy, l'alcoolique, au fur et à mesure qu'il tombe dans la dépendance, différencie très bien son envie d'alcool d'un besoin : il devient conscient que l'alcool est devenu un problème et non une boisson festive.

Ce sont avec ces réalisations que l'alcoololo-dépendant comprend qu'il lui faut de l'aide. Comme nous le verrons, cette aide est trouvée soit dans les cercles d'anciens buveurs, soit dans le corps médical, selon les préférences et la personnalité des individus : certains ont besoin de l'un et de l'autre, d'autres que de l'un des deux. Nous retrouvons par ailleurs la notion d'individualité et

91 Op cite, Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire », p 26-27.

d'unicité de la personne dans ce simple choix, et nous pouvons nous questionner sur celui-ci: la personne est-elle déçue de l'hôpital et des soignants, a-t-elle vécu de mauvaises expériences, ou a-t-elle besoin tout simplement de quelqu'un ayant déjà vécu son problème et qui ainsi, la comprend à coup sûr ? La question de cette aide se pose également. En effet, y a-t-il des individus qui, comme pour la cigarette, arrivent à cesser leur consommation sans aucune aide ? Et si oui, comment ? Grâce à un soutien familial, à une motivation et une détermination « plus forte », ou à un facteur génétique ?

3.La honte

Si Michèle Monjauze a bien insisté sur un point tout au long de son ouvrage, c'est bien la honte: les personnes alcoolo-dépendantes se sentent humiliées. Elles ont honte de leur absence de contrôle sur leurs faits et gestes, honte de leurs consommation qu'elles ne peuvent restreindre, honte de leur apparence modifiée par l'alcool criant au monde leur dépendance. Ceci rejoint la représentation mentale que n'importe qui peut avoir d'un « alcoolo »⁹² : un personnage obscène, vicié, rougeot, titubant et empestant l'alcool. Cette représentation sociale pèse sur les personnes alcoolo-dépendantes qui peuvent finir par se décrire comme « *une petite chose tremblante et bouffie* », et en être accablé.

À travers les trois témoignages des alcooliques anonymes, nous retrouvons dans chacun cette honte indicible, très forte, difficile à supporter et un dégoût de soi insupportable. Le dégoût est tellement présent dans le deuxième récit que l'auteur en vient à s'insulter, à détester son impuissance face à l'alcool. La honte est décrite de nombreuses fois par les différents auteurs, et poursuit le dernier auteur même jusqu'aux Alcooliques Anonymes « *Moi, j'étais malheureuse comme une pierre, perdue, les yeux injectés de sang, je titubais, j'avais honte, j'aurais tellement voulu être ailleurs.* ».

4.La solitude

Cette honte et le jugement de la société entraînent un repli sur soi, un isolement. Confirmant le paradoxe souligné par Gausso, les témoignages expriment une forte solitude. Les apéros, les fêtes, les soirées... aucun d'entre-eux n'en parlent autrement qu'au début du problème : lorsque la dépendance s'installe, la solitude l'accompagne. Lors de l'entretien, Mme X précise bien qu'à cause de l'alcool, elle s'empêchait de sortir et de voir des amis : « *à cause de l'alcool, tu ne fais plus rien : "ah non, je ne peux pas aller là-bas parce que je vais boire ce midi et il peut y avoir la police..." et au final tu te coupes de tout le monde et tu restes enfermée chez toi.* ».

Le besoin de soutien est prépondérant dans le discours des Alcooliques Anonymes, car dans

92 Ibid, p 9.

leur descente dans l'alcool, plusieurs décrivent le sentiment d'être seul ou de tout perdre à cause de leur démon. L'une s'imagine être « *la seule mère de famille qui buvait et qui cachait ses bouteilles* », et une autre raconte : « *[...]je retrouvais seule, entourée des miens, qui certes m'aimaient, mais ne m'étaient d'aucune aide pour continuer cette abstinence fragile [...]* ». De là, nous pouvons comprendre que même s'ils restent entourés, les alcoolo-dépendants savent que « *tout le monde en souffre* » et que malgré cet entourage « *plus personne* » ne veut ou peut les aider.

Ainsi, contrairement à ce que nous avons vu avec Monjauze, les personnes alcoolo-dépendantes semblent on ne peut plus conscientes des problèmes engendrés par l'alcool. De plus, selon les témoignages des Alcooliques Anonymes, l'entourage n'a pas l'air d'être utile ou même sollicité dans le parcours vers l'abstinence. Nous pouvons alors nous demander si les Alcooliques Anonymes, connaissant intimement le démon de l'alcool pour l'avoir côtoyé, peuvent « remplacer » le soutien de la famille et des amis, étrangers à la dépendance de l'alcool.

Cependant, selon Mme X qui parlait de son alcoolisme à sa fille et à deux amies proches, « *Le soutien familial est important* ». Nous avons donc deux visions de l'entourage lors du sevrage: pour certains, il n'est pas indispensable, pour d'autres, il est irremplaçable.

Notons également que même lorsque la personne est sevrée, son entourage la « stigmatise », que ce soit inconscient ou non : en refusant de boire devant elle « par pudeur », cela renvoie à la personne sevrée son problème d'alcool. Cependant, Mme X note que ce comportement s'efface avec le temps et que les convives finissent par comprendre. Ici, nous pouvons nous demander si l'éducation de l'entourage -voire même de la population- pourrait faciliter cette transition, même si comme nous l'avons vu avec Gaussot, la représentation sociale de « l'alcoolo » est tenace.

Nous pouvons ainsi conclure que l'alcool provoque la séparation de l'alcoolique de ses proches, de sa famille, de ses amis... et qu'avec l'abstinence, la personne alcoolo-dépendante se réouvre à cet entourage, qui l'accepte petit à petit.

5. Le regard des autres

Le poids du regard des autres peut être destructeur comme nous l'avons vu, ou salvateur. C'est ainsi qu'ils décrivent la « *main tendue* » des Alcooliques Anonymes : un soutien, un sourire, une compréhension. Cette solidarité, le sentiment de ne plus être seul et d'être compris par des personnes ayant ou ayant eu le même démon rassurent les participants, les encouragent vers l'abstinence et les y maintiennent selon le premier témoignage.

Pour Mme X, le regard des soignants se devaient d'être compréhensif et non dans le

jugement. Selon elle, ce regard positif était essentiel à une relation soignant-soigné basée sur la confiance. Ainsi, avec un thérapeute en qui nous avons confiance et pour qui nous avons du respect, « tricher » et mentir deviennent superflus : « *c'est comme pour tes examens [...]. Tu as un examen donc tu révises pour avoir une bonne note. Avec le médecin c'est pareil. Tu veux avoir de bons résultats sanguins .* ». Cette description ressemble à une vision assez paternaliste du médecin, à qui nous voulons faire plaisir en nous tenant bien. Même si Mme X a fait le parallèle avec le cadre de l'école, et même si elle note avoir son mot à dire avec sa diabétologue, il serait intéressant d'avoir l'avis de plusieurs patients sur la question du paternalisme médical. Ce dernier serait-il préféré à la tendance actuelle du client qui devrait pouvoir décider de tout ?

6.La décision

Parmi les Alcooliques Anonymes, toutes ont bien souligné l'importance de vouloir s'en sortir et de prendre cette décision seules afin que le sevrage se déroule bien et que l'abstinence soit durable : « *La première [cure] a été un échec total, prévisible, puisque ce n'était pas ma décision, mais celle de mon médecin généraliste. » ; « c'est ce matin-là que j'ai compris, du fond de mes tripes, que je ne pouvais plus vivre avec l'alcool [...]* » ; « *je n'avais pas compris que je devais être acteur et faire ma part du chemin [...] je restais comme étrangère à mon problème [...] alors, bien sûr, rien ne fonctionnait durablement. ».*

Mme X souligne également que la décision doit venir de soi : « *Pour y arriver, faut être motivée. ».*

Comme nous l'avons vu, ces deux sources rejoignent l'avis des thérapeutes sur l'importance de l'implication du patient dans la prise en charge. En effet, la pré-contemplation, la contemplation et la préparation sont essentielles dans le cycle du changement de Prochaska et Di Clemente et sans cela, le patient ne modifiera pas son comportement.

7.Le secteur du soin et la relation soignant-soigné

Le besoin d'être entendu, compris et accepté est très fort. Cependant, les Alcooliques Anonymes ne témoignent pas en faveur du secteur de soin. En effet, le premier et le dernier témoignages parlent de cures, qui ont toutes été des échecs, et seuls les Alcooliques Anonymes ont pu répondre à la détresse des patientes. Dans le dernier, les médecins sont remerciés pour leur patience et leur écoute, mais la personne alcoolo-dépendante confie que son médecin l'a semble-t-il d'abord dirigée vers les Alcooliques Anonymes lorsqu'elle a demandé à être hospitalisée, sans lui proposer de soutiens thérapeutiques, qui par ailleurs ont également été décrits comme des échecs.

D'ailleurs, nous pouvons noter la façon dont elle a réclamé de l'aide « *j'ai demandé à mon médecin de m'interner chez les fous. Une chambre capitonnée et une camisole de force, je ne voyais plus que ça pour m'empêcher de boire.* ». Cela a une très forte connotation négative, autant pour le secteur de soin d'addictologie que pour la dépendance, qui sont tout deux liés par la patiente à la folie. Ainsi nous pouvons nous poser la question de la source de ce lien : est-il lié à une certaine ignorance, au regard de la société, au sentiment d'impuissance face à l'alcool ou bien à l'incapacité de comprendre l'origine de cette dépendance ? Pour répondre à ces questions, il faudrait pouvoir interroger cette personne et savoir ce qu'elle voulait dire en employant ces mots.

Finalement, l'opinion des Alcooliques Anonymes sur le secteur du soin est assez floue et ce dernier est très peu représenté. La relation soignant-soigné est décrite une seule fois et le rôle du soignant y est minime. Le travail des Alcooliques Anonymes semblant surpasser celui des soignants, nous pouvons nous interroger sur la nécessité de passer par un médecin -qui n'aurait qu'un rôle d'orientation- et si la pathologie alcoolique peut se vaincre qu'avec l'aide des pairs et des proches.

Mme X au contraire, n'a pas voulu joindre les Alcooliques Anonymes : « *Je ne suis pas pour les alcooliques anonymes. On m'avait proposée mais je n'ai pas envie d'être parquée dans un milieu où tout le monde a le même problème. Pour moi c'est vraiment les médecins qui permettent de se rendre compte.* ». Ainsi selon elle, le corps médical est un allié indispensable pour se sevrer de l'alcool. La relation soignant-soigné lui évoque une aide indéniable et selon elle, « *si on n'a pas ce soutien, on ne peut pas s'en sortir seul.* ».

Il lui semble également nécessaire de devoir être honnête envers le soignant, même si « *ça dépend du soignant* ». En effet, selon Mme X, il est impératif de se sentir en confiance avec le soignant, d'avoir un contact particulier avec lui et de se savoir écouté sans être jugé. À plusieurs reprises elle répétera le mot « confiance », qui d'après elle se rapporte à la disponibilité du soignant : un soignant ouvert serait un soignant avec qui on se sent en confiance. Mme X a beaucoup de mal à expliquer pourquoi elle se sent bien avec un soignant et pas un autre. Elle en vient à exprimer cela par une certaine sensorialité « *tu sens s'ils sont ouverts* » ou encore « *je dois ressentir leur personnalité, sinon il n'y a pas de lien qui se tisse.* ».

Pour résumer, selon Mme X, ce lien ne peut être tissé que si la relation soignant-soigné se base sur le non-jugement, l'écoute et la bienveillance. Le thérapeute ne doit pas non plus être « *trop « soignant »* » et doit savoir être lui-même. Cette caractéristique est appuyée par les termes de barrière et de grille employés par Mme X : « *Ouvert ça veut dire... à qui tu peux faire confiance. [...]C'est un ressenti [...]. C'est quand il n'y a pas de barrière, pas de grille entre toi et le médecin...* ». Bien que cela questionne la notion de juste distance qui semble se troubler avec cette définition, nous pouvons noter qu'il est nécessaire pour cette patiente de se sentir relativement proche du médecin, qui à ses yeux « *devient presque un ami à qui tu peux tout dire, tout raconter, plus qu'à un ami [...]* ». Le lien humain, au delà de l'environnement médical, est primordial. Le besoin d'être considéré, d'être reconnu comme un individu unique et pas seulement

comme un numéro de porte à l'hôpital est essentiel. À travers ce témoignage, il semble que l'anonymat et donc la suppression de l'individualité, est mal supporté.

Nous pouvons ajouter que Mme X a besoin d'être soutenu par le thérapeute et d'être encouragée, voire même félicitée. Nous pouvons mettre ce point en lien avec l'attitude presque maternante que soutenait Monjauze.

Cependant, ces sentiments peuvent être tout à fait personnels. Mme X souligne elle-même que son ressenti et sa personnalité jouent beaucoup sur la relation soignant-soigné : « *il me faut un cadre, comme à l'école.* ». Cela étant, comme le soignant se doit d'être authentique afin que le soigné puisse se retrouver lui-même, nous pouvons avancer que cela confirme le dire de Monjauze : un infirmier avec ses qualités et ses défauts peut être nommé référent d'un patient dont la personnalité s'accorde à la sienne.

Ainsi, malgré la blouse ou le bureau qui nous séparent physiquement du patient, il y a toujours deux individus, deux personnalités qui se font face et qui s'accordent plus ou moins bien. C'est un aspect important à retenir, car même si nous sommes avant tout soignants lors de notre prise de poste, nous restons également humains : tout en demeurant polis et professionnels, nous pouvons reconnaître lorsque nous ne « sentons pas » un patient, pour reprendre les propos de Mme X. Accepter ce sentiment pourrait permettre de le comprendre, d'aller de l'avant et peut-être d'en apprendre un peu plus sur nous-même.

À travers le témoignage de Mme X, nous retrouvons toutes les caractéristiques de l'Approche centrée sur la personne de Carl Rogers. Même si Mme X n'a pu réellement mettre de mot sur ce qu'elle ressentait, nous comprenons que cette confiance dans la relation avec le soignant, relatée de nombreuses fois, n'est permise que grâce à une véritable écoute, un regard positif et non-jugeant, ainsi qu'une certaine congruence. Comme il est difficile de définir l'authenticité chez le soignant et encore plus de l'être, il est aisé de comprendre qu'il est compliqué de l'expliquer pour un patient. Cette difficulté est décrite par les hésitations de Mme X, la notion de relativité et l'utilisation du champ lexical de la sensation. Malgré tout, Mme X parle de la personnalité du soignant qu'elle doit ressentir, qui se traduit par un feeling : « tu l'as ou tu l'as pas. ». C'est ainsi que Mme X décrit sa relation avec son addictologue : « ça a collé direct ».

Pour conclure, l'individu doit être au centre du soin et non sa pathologie, ni les traitements. L'important est qu'il se sente soutenu, qu'il se sache écouté sans être jugé, et que le soignant soit lui-même tout en s'intéressant respectueusement à la personnalité qu'il a en face de lui.

Cette vision de la relation soignant-soigné se rapproche des sentiments décrits par les Alcooliques Anonymes : tant Mme X que les AA, toutes retrouvent un réel soutien et une absence de jugement de la part d'autrui, que ce soit le médecin ou les membres du groupe des AA. Cette atmosphère de confiance permet à l'une comme aux autres de parler, de se confier et ainsi d'avancer vers l'abstinence. Même si Mme X a eu le soutien de sa famille et une béquille

médicamenteuse, elle a été tout autant soutenue que les AA qui ont été déçues des traitements et du secteur de soin. Ainsi, nous pouvons nous interroger sur la nécessité d'être entouré dans la maladie et si le soutien tant familial et amical que thérapeutique pourraient permettre à eux seuls d'aider la personne à traverser une étape difficile de sa vie, quelle qu'elle soit. Il serait alors intéressant d'avoir le témoignage d'un individu n'ayant eu ni recours à un médecin, ni à un cercle d'anciens buveurs, afin d'avoir son avis sur la question et savoir s'il y aurait une troisième solution pour se sortir de la dépendance.

V. CONCLUSION

À travers ma situation de départ, je me suis demandée comment nous nous formions au statut de soignant. La mémétique est une des façons d'apprendre la profession : nous observons, nous répétons, et parfois nous améliorons la pratique que nous avons copiée. Cependant, pourquoi choisissons-nous de nous conformer à une attitude, à un statut en particulier ?

Au cours de ce travail de recherche et d'analyse, j'ai pu en apprendre plus sur la profession infirmière et également sur moi-même. En effet, j'ai choisi cette voie non pas par dépit mais par vocation. Certains diront que je ne pouvais pas le savoir avant mon premier stage, mais j'en arrive tout de même à cette conclusion : j'aime prendre soin, et c'est ce qui m'a poussée à y travailler. Peut-être ne découvrirais-je que plus tard quel est mon véritable but. Comme le dit Cifali, nous sommes tous plus ou moins égoïstes, même dans le monde du soin censé être altruiste.

Ainsi, pour moi, il était naturel que je me pose la question de la place de ma personnalité au cœur de cette future profession, à travers le thème de l'authenticité soignante.

De ma situation d'appel aux différentes études sur le patient alcoolo-dépendant et l'authenticité soignante, j'ai découvert qu'il n'était pas contre-indiqué ni même dérangeant d'être plus qu'un soignant, mais d'être soi-même, autant pour soi que pour le patient. Cette conclusion a été confirmée de plusieurs façons par l'analyse de témoignages, d'une réunion des Alcooliques

Anonymes et d'un entretien. Que ce soit exprimé ou non, l'authenticité de notre intérêt pour l'autre est bel et bien ressenti : la personne soignée, en quête d'aide et de soutien, a besoin d'une véritable bienveillance, d'autant que la pathologie alcoolique est facilement jugée et connotée. Ainsi la personnalité du soignant entre réellement en jeu : au risque de paraître puérile et manichéenne, un bon soignant doit être au fond, une « bonne personne ».

Aussi, je me suis posée plusieurs questions sur la juste distance dans le soin. Existe-t-il une seule juste distance, ou autant qu'il y a de relations soignant-soigné ? J'en suis arrivée à la conclusion que nous devons en permanence remettre cette distance en question, et à toujours nous interroger sur notre propension à aider autrui.

Finalement, je citerai un des Alcooliques Anonymes que j'ai rencontré, qui m'a rappelé ceci lorsque je lui ai confié regretté de ne pas avoir pu aider certains patients alcooliques :

« On ne peut pas sauver tout le monde, la décision doit venir de la personne. »

En lien avec ma situation de départ et ce travail de recherche, voici une question d'ouverture que j'aimerais approfondir dans un prochain travail :

Comment gérer l'échec d'une relation authentique avec un patient alcoolo-dépendant en phase de déni ?

VI. BIBLIOGRAPHIE

➤ OUVRAGES

- ADÈS J, LEJOYEUX M.** *Alcoolisme et psychiatrie : données actuelles et perspectives*. Paris : Masson, 1997. 257 p. (Médecine et psychothérapie). ISBN : 2-225-83122-X.
- BIOY A, BOURGEOIS F, NÈGRE I.** *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. 3ème éd. Paris : Bréal, 2013. 149p. (IFSI Formation paramédicales). ISBN : 978-2-7495-3213-4.
- CASTRA Michel.** *Identité. Les 100 mots de la sociologie*. Paris : Presses universitaires de France, 2010 . p72-73. (Que sais-je?). ISBN : 213057405X.
- CIFALI, M.** *Le lien éducatif : contre-jour psychanalytique*. Paris : Presses universitaires de France, 1994. 298p. (Éducation et formation). ISBN : 978-2-130552178.
- GAFFIOT, Félix.** *Le Gaffiot Dictionnaire Latin-français*. Paris : Hachette Education, 1934. 1720 p. (Dictionnaires bilingues). ISBN : 978-2-01166-765-6.
- MANOUKIAN, A. MASSEBEUF, A.** *La relation soignant-soigné*. 3ème éd. Rueil-malmaison : Lamarre, 2008. 214 p. (Relation soignant-soignée). ISBN : 978-2-7573-0200-2.
- MONJAUZE, Michèle.** *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Paris : Éditions in press, 2011. 210 p. (Des pensées et des actes en santé mentale). ISBN : 978-2-784835-203-9 .
- ODIER, Geneviève.** *Être vraiment soi-même*. 3ème éd. Paris : Groupe Eyrolles, 2012. 204 p. ISBN :978-2-212-55291-1.
- WERBER B.** *Nouvelle Encyclopédie du Savoir Relatif et absolu*. Paris : Albin Michel, 2009, 384 p. (Le Livre de Poche). ISBN : 978-2-253-160298-8. p. 7

➤ ARTICLES ET DOCUMENTS

- GAUSSOT Ludovic.** Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire ». *Sciences Sociales et Santé*, mars 1998, n°1, p 5-39. [en ligne]. [consulté le 07.01.2016]. Disponible sur : <http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1998_num_16_1_1416>
- GOODMAN Aviel.** Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 1990, n°85, p 1403-1408. [en ligne]. [consulté le 10.11.2016]. Disponible sur : <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x/pdf>>
- PAILLE F, REYNAUD M..** L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 7 juillet 2015, n°24-25, p 439-475. [en ligne]. [consulté le 10.11.2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/24-25/pdf/2015_24-25.pdf>

➤ COURS

- LEJOYEUX Michel.** Cours P1 UE7 : Addictions. 2013. 33 p.

➤ SITES INTERNET

- ALCOOLIQUEs-ANONYMES.** Témoignages [en ligne]. [consulté le 11/04/17]. Disponible sur : <<http://www.alcooliques-anonymes.fr/temoignages/>>
- HAS-SANTE.FR.** Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [en ligne]. [consulté le 27.03.17]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf>
- INPES.** La réglementation, 25 février 2016. [en ligne]. [consulté le 09.01.2017]. Disponible sur: <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/reglementation.asp>>
- INPES.** Les ivresses de plus en plus fréquentes chez les jeunes, 1er avril 2015. [en ligne]. [consulté le 09/01/2017]. Disponible sur: <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/020-alcool-donnees-barometre-2014.asp>>
- INSERM.** Addictions. [en ligne]. [consulté le 10.11.2016]. Disponible sur: <<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>>
- WHO.INT.** Global status report on alcohol and health 2014. [en ligne]. [consulté le 20.11.2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/>
- WHO.INT.** Patterns of drinking score. [en ligne]. [consulté le 20.11.2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/gho/alcohol/consumption_patterns/drinking_score_patterns_text/en/>

ANNEXES

ANNEXE 1 : NOTE DE RECHERCHE

Cette note de recherche cible un travail en sciences infirmières relatif à la relation entre soignant et soigné, au contrat de soin et à l'observance dans le cas d'une addiction.

SITUATION D'APPEL

Ma situation d'appel se déroule le 15 avril 2016, lors de mon dernier jour de la semaine d'observation que j'ai passé aux Urgences Psychiatriques adultes.

Il s'agit de Mr B., un patient hospitalisé dans le service d'Urgences Psychiatriques depuis le 15 avril 2016 présentant une addiction alcoolique. Mr B est hospitalisé pour dégrisement dans ce service après une rupture de son contrat de soins avec l'Unité d'Hospitalisation Médico-Psychologique suite à une alcoolisation massive durant la nuit du 14 au 15 avril 2016. Mr B. doit quitter le service dès amélioration de son état.

Mr B est âgé d'une trentaine d'année et est d'origine française. Il est marié en instance de divorce. C'est l'optique de ce divorce qui l'a incité à demander son hospitalisation à l'UHMP.

Il est chef cuisinier mais a cessé d'exercer depuis son hospitalisation. Son entourage professionnel n'est pas au courant de sa situation de santé. Mr B est également fumeur régulier.

Depuis le début de son hospitalisation, Mr B est revenu plusieurs fois alcoolisé à l'UHMP. Ces écarts ont été tolérés par l'équipe soignante jusqu'à la dernière alcoolisation massive de la nuit du 14 au 15 avril. Suite à cela, Mr B a été déplacé au service d'Urgences Psychiatriques pour dégrisement, où l'équipe infirmière ne lui accordait qu'un suivi des paramètres vitaux, de son état de conscience, et la distribution de son traitement anxiolytique (Valium®). Les infirmières -qui le connaissaient bien- n'échangeaient que très peu avec lui et me recommandaient de ne pas m'attarder sur son cas.

Mr B présentait une hypertension suite à son alcoolisation et au tabac qu'il demandait toutes les demi-heures. Il ne mangeait pas et buvait très peu malgré nos conseils.

Lors du suivi régulier de l'évolution de sa tension, j'ai essayé d'échanger avec Mr B.

Tout d'abord, mon comportement et mon langage ont été très professionnels, avec une insistance prononcée sur les dangers de l'alcool à court et à long terme ainsi que sur l'importance de respecter son contrat de soin. Mr B se montrait distant et peu réceptif, à tel point qu'il semblait refuser mon contact et toute conversation quelle qu'elle soit.

Au vu des échanges s'avérant infructueux, j'ai tenté une approche qui n'était plus soignant/soigné, mais d'avantage d'humain à humain. J'ai été également plus inquisitrice et j'ai posé des questions plus personnelles que je n'osais pas aborder de prime abord. Au court de la discussion, je l'ai interrogé sur ses motivations, ses émotions, ses connaissances des conséquences de ses actes : Qu'est-ce qui vous pousse à vous alcooliser ? Pourquoi êtes-vous ici si vous ne respectez pas votre contrat de soin ? Savez-vous quelles vont être les conséquences de votre alcoolisme chronique sur votre situation maritale ? Êtes-vous conscient que vous n'êtes plus accepté à l'UHMP ?

Bien que souvent courtes, les réponses de Mr B semblaient plus sincères que durant les précédents échanges. Son visage était également plus expressif. À la fin de l'entretien, il m'a remercié, a suivi les conseils d'arrêt du tabac pour faire baisser sa tension et a attendu deux heures avant d'en redemander une. Il s'est également bien hydraté et a pris une douche.

Je n'ai pas pu suivre la suite de son parcours de soin étant donné que ma semaine de stage aux Urgences Psychiatriques touchait à sa fin.

Cette situation m'a interpellée au moment où Mr B. m'a fait remarquer qu'il suivait mes recommandations concernant sa consommation de tabac, car jusque là, je n'avais pas réellement prêté attention à nos échanges. Sa remarque m'a questionné sur l'origine de son observance : pourquoi suivait-il soudainement nos conseils thérapeutiques alors qu'il les ignorait jusqu'à présent ?

Je me rends compte à présent que j'ai tout d'abord calqué ma relation avec ce patient sur celle le liant aux autres infirmières. J'ai inconsciemment imité leurs comportements plutôt qu'adopter le mien : peut-être du fait de mon positionnement en tant qu'étudiante ?

Cela étant, ce fut le refus de soin passif du patient qui semble m'avoir sorti de ce schéma comportemental. À posteriori, je me réalise que je m'étais plus intéressée à son addiction qu'à sa personnalité, méthode que je jugeais incorrecte et que j'avais toujours voulu éviter.

L'être humain derrière le malade est une de mes premières préoccupations en tant que personne et en tant que future professionnelle de santé, c'est pourquoi j'ai décidé d'aborder le sujet du comportement à adopter avec un patient en refus de soin dans le cas particulier de l'addiction.

Mots-clés :

Addiction, Observance/Compliance, Contrat de soin, Authenticité, Relation soignant-soigné, Communication, Apprentissage.

Au cours de mes stages, j'ai rencontré plusieurs patients en refus de soin. J'ai toujours respecté ces refus par respect pour la décision du patient, car qui suis-je pour lui imposer un soin s'il n'en souhaite pas après avoir eu toutes les informations nécessaires ? C'est pourquoi la thématique du refus de soin dans le cas particulier de l'addiction alcoolique m'a intéressée : nous y soignons des patients qui ne le veulent pas forcément.

Selon la loi du 4 mars 2002 et l'article L1111-4 du code de la santé publique, le patient a tous les droits de refuser un traitement, et sa décision libre et éclairée doit être respectée par le soignant.

Cependant, le refus peut être défini de deux façons différentes : il peut être « l'action de refuser ce qui est offert, proposé, demandé, fourni, » ou bien « l'action, fait de nier, de contester, de refuser un état, une idée, un comportement. »⁹³. Il est donc important de faire la différence entre ces deux types de refus, car la raison qui en est à l'origine n'est pas la même et chacune doit être abordée de façon bien spécifique.

Le refus sous la forme de nier, contester ou refuser un état ou un comportement peut-être retrouvé chez les patients souffrant de pathologies addictives. En effet, en addictologie, hormis les rares patients dits clients⁹⁴ qui sont conscients de pouvoir changer, la plupart des personnes soignées sont là par contrainte, qu'elle soit interne ou externe, si l'on se réfère aux propos de Cottencin et Bence⁹⁵, psychiatre et praticien en service d'addictologie. En effet, la plainte du patient en addictologie, s'il en formule une, n'est généralement pas la même que ce qui l'a poussé à consulter : dans la grande majorité des cas, ce sont les pressions exercées par son entourage (conjoint, parents...), par des instances (police, justice...) ou par eux-mêmes (pour leurs enfants, pour leur santé...) qui l'ont contraint à demander de l'aide. D'ailleurs, ceci est justement le paradoxe des soignants d'addictologie : soigner et aider quelqu'un qui ne le souhaite pas⁹⁶. Toute la complexité de la prise en charge est alors de travailler avec cette contrainte, voire même de l'utiliser comme levier pour le contrat de soin⁹⁷, sans tenter de convaincre le patient qu'il a un problème d'addiction. L'outil qu'est le contrat de soin s'imbrique dans une alliance thérapeutique et peut être employé pour les patients présentant des pathologies telles que l'addiction⁹⁸. En effet, dès 1912, Freud estimait que l'alliance entre thérapeute et patient demandait bienveillance et intérêt sérieux de la part du thérapeute, afin de permettre une relation sincère et donc un « engagement réel »⁹⁹, terme que nous pouvons traduire par un contrat liant deux parties. Tout cet exercice de confiance mutuelle permettait au soignant d'établir un contrat tacite avec le soigné et ainsi d'accomplir son travail¹⁰⁰. De plus, cet outil permet de poser des limites fixes qui peuvent être floues pour les patients souffrant d'addiction et qui, pour la plupart, ne reconnaissent pas leur pathologie.

Le contrat de soin est une méthode qui m'avait interpellée lorsque nous avons eu des cours à ce sujet. Cela me semblait paraissait étrange dans sa ressemblance avec les mondes de la vente, des assurances, du juridique... Je me suis donc demandée qu'elle était son utilité, n'en ayant jamais encore vu appliqué lors de mes stages.

Suite à cela, nous pouvons nous demander quelles sont les caractéristiques d'un contrat au sein d'une relation entre soignant et soigné et quels sont les facteurs favorisant le maintien d'un tel contrat.

Le contrat de soin, même s'il a les caractéristiques juridiques d'un contrat¹⁰¹, n'a pas encore de valeur aux yeux de la loi. En ce sens, il se rapproche du contrat moral liant deux individus, et

94 Cottencin et al. Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte. L'Encéphale, 2009, volume 35, 214-219, p. 218

95 Cottencin O, Bence C. Addictions : soins obligés et soins motivés. Presse Med. (2016), <<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2016.01.026>> Paragraphe 6 p 2.

96 Ibid. p 2.

97 Cottencin et al. Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte. L'Encéphale, 2009, volume 35, 214-219, p 217.

98 Guisseau-Gohier, M. Grall-Bronnec, M. Lambert, S. Venisse, JL. *Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale*, L'information psychiatrique, 2007/5, volume 83. [en ligne]. [consulté le 15/09/16]. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-5-page-389.htm>>, p.390.

99 BASTIAN J(2001). De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique, Recherche en soins infirmiers, 2001, N° 66, p. 97. [en ligne]. [consulté le 19/09/16]. Disponible sur : <<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/66/93.pdf>>

100 Ibid. p 97.

101 LEGIFRANCE. Article 1108 du Code Civil. [en ligne]. [consulté le 01.10.2016]. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006436117&cidTexte=LEGITEXT000006070721>>

n'aura de valeur que celle que lui donneront les deux parties respectives. Selon la psychiatre Guisseau-Gohier (et al.), ce contrat de soin s'inscrit dans une évolution sociale où le patient demande transparence et clarté, ainsi qu'une participation à ses soins¹⁰². Pour le mettre à profit et rendre efficiente la thérapie, le soignant doit se montrer empathique et comprendre la situation de la personne soignée avant de proposer un contrat de soin¹⁰³(Cottencin et Bence). L'établissement d'une confiance mutuelle grâce à la communication est primordiale pour le soin en addictologie, bien qu'il faille être conscient que le patient peut chercher à outrepasser les règles établies et que la rechute reste une éventualité, comme le rappellent Guisseau-Gohier et al.¹⁰⁴. En somme, afin d'atteindre les objectifs fixés par le patient et le demandeur (conjoint, police, enfants...), le soignant doit reconnaître les objectifs de chacun, ainsi que comprendre les enjeux pour le patient dans leur globalité et ce qu'ils impliquent pour lui. Plus que dans d'autres services, le soignant doit accepter des valeurs qui peuvent être éloignées des siennes. C'est ainsi qu'il pourra être en mesure de comprendre réellement le patient et ses souffrances car « Avec les douloureux, les suicidaires, les désespérés, il ne viendrait à l'idée de personne de minimiser leur sentiment de souffrance. Alors pourquoi le refuser aux « alcooliques ». »¹⁰⁵. Les valeurs de la personne soignée sont les seules raisons qui la pousseront à changer durablement. Ainsi, la compréhension du fonctionnement du patient permettra d'utiliser ses idéaux comme levier pour le contrat, car comme nous l'avons vu, ce contrat moral n'a que la valeur que lui apportent les deux parties. De plus, comprendre et accepter le patient dans sa globalité permet d'instaurer une relation soignant/soigné réelle et authentique, loin de la superficialité qui peut s'installer entre un soignant distant intriqué dans un schéma de soin pré-construit et un soigné objet incompris catalogué en terme de signes et symptômes.

Toutefois, il est facile de se rendre compte que sans parole, sans échange, il ne peut y avoir de réelle compréhension mutuelle. Cela est tout du moins mon sentiment et la raison pour laquelle je me suis axée sur la communication soignant-soigné.

Il m'a paru donc important de noter que la communication entre le soignant, le soigné et éventuellement son entourage, est essentielle à la thérapie en addictologie : c'est bel et bien le patient qui est au centre de l'attention et non sa pathologie¹⁰⁶. Et comme les soignants travaillent sur l'humain qui est par essence faillible, il est primordial de rappeler que le patient -et plus particulièrement le patient souffrant d'addiction- passe par des cycles comprenant les différents stades du changement décrits par Prochaska et Di Clemente : pré-contemplation, contemplation, préparation, action, consolidation et rechute¹⁰⁷. Réajuster le contrat de soin et donc négocier avec le patient devient alors nécessaire. Cette démarche demande une compréhension de la rechute et une adaptation au patient, ce qui sollicite l'empathie et la communication sus-citées, qualités essentielles à la réussite de la thérapie.

En me penchant sur ces qualités appréciables pour l'établissement d'une bonne relation soignant-

102 *Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale*. Op. cit. p390

103 *Addictions : soins obligés et soins motivés*. Op. cit. p 4

104 *Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale*. Op. Cite. p 392

105 *Addictions : soins obligés et soins motivés*. Op. cite. p 8

106 *Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale*. Op. Cite. p 391

107 *Addictions : soins obligés et soins motivés*. Op. Cite. , p 3

soigné-soigné, je me suis également posée la question de l'authenticité du soignant: selon moi, il était impossible que la relation avec le patient soit productive si le soignant n'était pas lui-même, s'il jouait un rôle, car cette attitude serait forcément ressentie par le patient.

Et en effet, selon Carl Rogers, psychologue humaniste nord-américain auteur de la méthode de l'approche centrée sur la personne, six conditions sont nécessaires pour qu'une thérapie soit efficace dont trois essentielles, invitant le soignant à une manière d'être : le regard positif inconditionnel et la compréhension empathique que nous avons déjà abordés, et la congruence¹⁰⁸.

Si un soignant est congruent, authentique « Cela signifie qu'il est librement et profondément lui-même à l'intérieur de la relation »¹⁰⁹, ainsi la congruence est un état d'harmonie entre son environnement et soi-même (Antoine Bioy et al.)¹¹⁰. Cette concordance entre ce que nous sommes et la manière dont nous agissons permet logiquement une relation plus authentique avec le patient. De ce fait, l'établissement d'un contrat et son maintien devient plus aisé et naturel.

Toutefois, si une personne peut-être naturellement préoccupée par le bien-être des autres, cette « manière d'être » décrite par Carl Rogers n'est pas forcément innée, et nous pouvons ainsi nous demander comment l'infirmier acquiert cette posture et ce comportement adéquat au soin.

Lors de mes stages, j'ai du comprendre et m'approprier toutes les connaissances apprises au cours de mon parcours et trouver ma propre posture professionnelle. Je me suis donc demandée comment, en tant qu'étudiants, nous nous formions sur les terrains de stage.

Les compétences sus-citées s'acquièrent tout en long de notre apprentissage, dont il existe différentes théories. La théorie sociale du psychologue Albert Bandura nous dit que les apprentissages sociaux se font principalement grâce à l'observation du comportement des autres¹¹¹. Suite à cette observation, les comportements et leurs résultats sont analysés : c'est le renforcement vicariant. Ainsi, un comportement ayant eu des résultats positifs sera plus facilement adopté que celui ayant eu des conséquences négatives¹¹². Toutefois selon Bandura, de nouvelles compétences peuvent être acquises suite aux règles des styles comportementaux observés au préalable. L'apprenant n'est donc pas seulement un imitateur, mais également inventeur de ses propres actions¹¹³.

Les comportements adoptés peuvent être influencés par l'intuition, élément pouvant également être à l'origine de certaines décisions. En effet, la partie subjective dans la prise de décision dans le milieu médical a été validée par une étude française, décrivant cette sensation comme une réassurance, ou bien au contraire comme une alarme¹¹⁴. L'intuition servant parfois le jugement

108 Kathryn A. Moon, La congruence du thérapeute non directif : un paradoxe éthique, pas un conflit théorique, Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche, p30

109 Ibid. p35

110 Bioy Antoine & al. La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques. p 29.

111 GUERRIN Brigitte, Albert Bandura et son œuvre , (Recherche en soins infirmiers 1/2012 (N° 108)) , p. 106-116 . [en ligne]. [consulté le 18.09.2016]. Disponible sur : <www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-106.htm>

112 Ibid. p 114.

113 Ibid. p 109.

114 Coppens Magali & al., L'intuition en médecine générale : validation du consensus néerlandais « gut feelings » (Exercer 2011 n° 95) p. 16-20. p 16

clinique, souvent décrite comme un « sixième sens »¹¹⁵, est développée non seulement par les infirmières expertes¹¹⁶, mais également à des niveaux variables par les novices¹¹⁷.

Toutefois, que ce soit pour les infirmiers novices ou experts, Christine A. Tanner, professeure reconnue en sciences de la santé et de l'école des infirmières aux États-Unis, ayant publié plusieurs articles sur le raisonnement infirmier, souligne l'importance de connaître le patient dans sa globalité de façon bio-psycho-sociale ainsi que ses ressources de coping, c'est à dire ses méthodes d'adaptation face au stress. Ces connaissances permettent à l'infirmier de reconnaître les signes et symptômes propres au patient et ainsi d'acquérir un bon jugement clinique¹¹⁸, et par ce biais, de prendre en soin le patient de la façon la plus adaptée possible.

Nous en revenons alors à la connaissance du patient, qui comme nous l'avons vu, passe par la communication et ainsi par la bienveillance, la compréhension et enfin la congruence. L'attitude du soignant joue un rôle indéniable dans la mise en place d'une alliance thérapeutique solide qui permettra une confiance mutuelle, et donc l'observance du soigné.

C'est pourquoi, à l'issu de cette note de recherche, il m'a semblé essentiel d'explorer plus en profondeur l'authenticité du soignant au sein de la relation soignant/soigné dans le cadre d'une alliance thérapeutique avec un patient souffrant d'addiction, pathologie bien particulière dans son abord comme nous l'avons vu tout au long de ce travail.

De ce travail se dégagent deux concepts : celle de l'authenticité dans la relation soignant-soigné et celle de l'addiction alcoolique. Pour la première notion, j'étudierai un ouvrage centré sur la méthode de l'approche centrée sur la personne du psychologue Carl Rogers. Pour ce qui est de l'addiction alcoolique, je m'axerai sur un ouvrage de Michèle Monjauze, psychologue ayant essentiellement travaillé sur la psychopathologie de l'alcoolisme ainsi que son traitement.

Afin de mesurer l'importance de l'authenticité dans la relation soignant-soigné, je réaliserai quelques entretiens auprès de patients, sur ce qui leur paraît important en terme de relationnel avec leurs soignants.

115 M. Gaie Rubenfeld, Barbara K. Scheffer, **Raisonnement critique en soins infirmiers: Guide d'apprentissage**, p 23.

116Lindy King, Jane V. Appleton, *Intuition : a critical review of the research and rhetoric*, p 195.

117Ibid. p 199.

118Christine A. Tanner, *Thinking like a nurse : a research-based model of clinical judgement in nursing*, (Journal of nursing education 2006 Vol. 45 No.6 205-210) p 205

➤ BIBLIOGRAPHIE :

Apprentissage :

GUERRIN, Brigitte. Albert Bandura et son œuvre. *Recherche en soins infirmiers*, 2012, n° 108, p. 106-116 . [en ligne]. [consulté le 18.09.2016]. Disponible sur : <www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-106.htm>

Congruence :

BIOY, Antoine & al. La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques. Paris : Breal, 2013. 160 p. (Étudiants en IFSI, Formations paramédicales). ISBN : 978-2-7495-3213-4 .

MOON, Kathryn A.. La congruence du thérapeute non directif : un paradoxe éthique, pas un conflit théorique », *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 2006, n° 3, p. 28-54.

Contrat de soin :

COTTENCIN O, BENICE C. Addictions : soins obligés et soins motivés. *La presse Médicale*, 2016. [en ligne]. [consulté le 18.09.2016] Disponible sur : <<http://dx.doi.org/10.1016/j.lmp.2016.01.026>>

BASTIAN J(2001). *De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique*, *Recherche en soins infirmiers*, 2001, N°66, p. 97. [en ligne]. [consulté le 19/09/16]. Disponible sur : <<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/66/93.pdf>>

GUISSEAU-GOHIER, M. GRALL-BRONNEC, M. LAMBERT, S. VENISSE, JL. Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale, *L'information psychiatrique*, 2007/5, volume 83. [en ligne]. [consulté le 15/09/16]. Disponible sur : <<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-5-page-389.htm>>

LEGIFRANCE. Article 1108 du Code Civil. [en ligne]. [consulté le 01.10.2016]. Disponible sur: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006436117&cidTexte=LEGITEXT000006070721>>

Intuition :

COPPENS Magali & al.. L'intuition en médecine générale : validation du consensus néerlandais « gut feelings ». *Exercer : la revue française de médecine générale*, Vol. 22, n°95, p. 16-20.

KING, Lindy, APPLETON, Jane V.. Intuition : a critical review of the research and rhetoric. *Journal of Advanced Nursing*, Juin 1997, n° 26, p. 194-201.

RUBENFELD, M. Gaie, SCHEFFER, Barbara K.. *Raisonnement critique en soins infirmiers: Guide d'apprentissage*. Louvain-La-Neuve : Boeck supérieur, 1999. 451 p. (Savoir et santé). ISBN : 978-2-74-450049-7.

TANNER, Christine A.. Thinking like a nurse : a research-based model of clinical judgement in nursing. *Journal of nursing education*, 2006, Vol. 45, N°6, p. 205-210.

Refus de soin :

LAROUSSE.FR. Dictionnaire Français [en ligne]. [consulté le 13.09.2016]. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/refus/67564#wEtXxxmBKR4uBtS2.99>>

ANNEXE 2 : OUTIL DE L'ENQUÊTE

ENQUÊTE

Entretien

Au cours de votre hospitalisation, que pensez-vous des relations que vous entretenez avec les infirmiers durant les différents temps de prise en charge ?

Questions de relance, de précision:

Thème : Le vécu des soins relationnels par le patient alcoolique

Objectifs : Comment le patient alcoolique voit-il les entretiens d'aide ? Y a-t-il une différence chez les patients alcooliques et suivi depuis longtemps et ceux qui ne le sont que depuis peu ?

- 1) Depuis combien de temps avez-vous des problèmes avec l'alcool ?
- 2) Depuis combien de temps êtes vous pris en charge dans le cadre de ce problème ?
- 3) Qu'est-ce que vous évoque la relation entre patient et soignant ?

Thème : Les besoins du patient alcoolique au sein d'une relation soignant-soigné

Objectifs : Quels sont les besoins relationnels du patient alcoolique ? Ont-ils tous les mêmes ou leurs besoins divergent-ils ? Quels sont particularités chez le soignant qui vont faire que le patient se sent à l'aise durant l'entretien ?

- 1) Qu'est-ce qui vous paraît important dans cette relation ?
- 2) Qu'est-ce que vous attendez du soignant lors d'un entretien, d'une discussion ?
- 3) Quels sont les éléments qui font que vous vous ouvrez au soignant, ou au contraire, que vous vous fermez à lui ?

ANNEXE 3 : TÉMOIGNAGES ALCOOLIQUES ANONYMES

QUINZE ANS D'ALCOOLISME ET QUATRE CURES

J'ai eu un parcours d'environ quinze ans d'alcoolisme plus ou moins sévère, évidemment de plus en plus dans les derniers temps, avant de connaître l'abstinence continue, grâce aux Alcooliques anonymes.

Il m'a été difficile d'accepter que j'étais alcoolique : j'avais un problème avec ma consommation d'alcool, que je ne pouvais plus contrôler par moments, mais je m'arrêtais de boire quand je voulais.

Mais pendant mes périodes d'alcoolisation, de plus en plus fréquentes et de plus en plus incontrôlables, je rencontrais d'énormes problèmes familiaux, professionnels et relationnels.

J'ai cherché la solution qui me permettrait de vivre comme tout le monde.

J'ai pour cela effectué quatre cures. La première a été un échec total, prévisible, puisque ce n'était pas ma décision, mais celle de mon médecin généraliste. Pour les deux suivantes, j'étais très motivée. Je voulais réellement et sincèrement que mon problème soit résolu. Je suis sortie sûre de moi, j'avais compris tout ce qui m'avait été expliqué... mais je me retrouvais seule, entourée des miens, qui certes m'aimaient, mais ne m'étaient d'aucune aide pour continuer cette abstinence fragile, conservée à force de volonté, pleine de frustrations. La rechute a été inévitable, terrible, très culpabilisante.

La dernière cure a été très différente. C'est moi qui ai choisi l'endroit. Je me suis retrouvée par hasard devant la télé, un soir où un reportage sur ce centre de cure a été diffusé. J'allais très mal, j'allais tout perdre. J'étais prête à tout tenter pour arrêter l'alcool. J'ai décidé d'intégrer ce centre.

Le séjour était long, de huit semaines, sans aucune complaisance de la part des thérapeutes, eux-mêmes dépendants. Je ne pouvais donc que leur faire confiance : ils savaient de quoi ils parlaient.

Dans ce centre, j'ai complètement capitulé face à l'alcool. J'y ai commencé un travail personnel, que je ne savais pas encore être celui proposé par les Alcooliques anonymes. A ma sortie, j'ai été mise en garde très fermement par l'équipe de thérapeutes : si je ne fréquentais pas assidûment les réunions Alcooliques anonymes, la rechute serait inévitable, inéluctable. J'avais déjà expérimenté cette solitude dans l'abstinence. Je les ai donc crus.

J'ai mis en place la fréquentation régulière des réunions AA, malgré les distances géographiques qui auraient pu m'en isoler. Et je ne peux que m'en féliciter, encore aujourd'hui.

8 HEURES DU MATIN

Avaler mon premier café. Et maintenant les mains qui commencent à trembler. Regard sur la pendule : 8h15. Deuxième café. Le siroter.

8h30. Faire quelque chose. Mon lit. La vaisselle. Non, aller fumer une cigarette et regarder le paysage. Vide. Mon regard est vide, mon cœur est vide, ma tête est vide, ma vie est vide, tout est vide autour de moi.

Je retourne m'asseoir à ma place. J'ai tout le corps qui tremble maintenant. A droite le cendrier, les clopes, le briquet, c'est bon tout y est ; devant moi mon portable et la tasse vide. Et ma main gauche se tend doucement, mes doigts s'arrondissent, pour attraper un verre qui n'est pas là.

8h40, trop tôt. Je ne vais pas commencer à boire à cette heure-là quand même ! La boule d'angoisse se forme dans la gorge, les larmes coulent en silence, l'envie de hurler monte en moi, envie de mourir...

Qu'est-ce que j'ai fait hier soir ? Je cherche, brouillard, je ne sais plus. Je tremble jusqu'aux cheveux maintenant.

8h50. C'est presque 9 heures ça ! Hier c'était 9h30 mon premier verre, bon, c'est presque pareil, puis je suis fatiguée aujourd'hui.

Je me dégoûte quand j'avale ce premier verre qui m'engourdit et me donne envie de vomir, je me dégoûte quand j'évalue ce qui reste dans ma bouteille et combien de temps ça va tenir, je me déteste d'être aussi nulle, de me vautrer ainsi dans la lâcheté, de m'enfermer incomprise dans cette grande solitude, de me laisser dégringoler si vite, entraînée dans la spirale, de n'avoir plus de goût, d'envie, de désir, de n'avoir aucune force pour me débattre, de me laisser ainsi prendre au piège de l'ambre qui étincelle dans mon verre.

Je SAIS que l'alcool est puissant, je SAIS qu'il me fait mal, je SAIS que tout le monde en souffre autour de moi, mais c'est plus fort que moi... Tous les jours je me promets que « demain, j'arrête ! »... et tous les jours je me retrouve la bouteille sous le bras, et le verre à la main... mais promis, demain, j'arrête...

C'est ce matin-là que j'ai compris, du fond de mes tripes, que je ne pouvais plus vivre avec l'alcool, mais que je ne pouvais non plus vivre sans. J'ai vu face à moi les deux seules options qui me restaient : vivre... ou mourir ! Seule, je suis seule à la maison pour la journée. J'avais raté l'autre jour, je peux aller regrimper sur mon mur. Et sauter. On ne me retrouvera pas avant ce soir. J'aurai le temps de crever. Sûr.

Ou alors je peux téléphoner. Mais à qui ? Il n'y a plus personne qui veut m'aider... ou alors aux renseignements ? Pour leur demander si ça existe un service qui s'occupe des gens qui ont un problème d'alcool ? Première surprise : un jeune garçon qui me prend au sérieux, il cherche me dit-il, surtout que je ne coupe pas, il va trouver ! Ma détresse est donc tellement perceptible ? Ah il a trouvé ! Alcooliques anonymes ça s'appelle, ben oui, je connais de nom, il me donne le numéro, c'est à Paris... « Ou plutôt non, madame, je vous mets directement en contact avec eux ? Ne quittez pas surtout ! Au revoir ! »

... Ça sonne... une voix souriante de femme me répond, je ne sais plus ce que je lui ai dit, j'étais en larmes, et elle me racontait comment elle s'était sortie de cet enfer, et c'était le mien dont elle parlait, les mêmes angoisses, les mêmes délires, les mêmes souffrances, les mêmes galères.... Jamais personne ne m'avait parlé ainsi de l'alcool ! Alors je n'étais pas la seule ? Ce soir il y a une réunion dans ton département, tel endroit, telle adresse, telle heure... ces derniers mots ont été « vas-y, à cette réunion, tu vas te sauver la vie ! »

J'ai vidé ma bouteille dans l'évier, je voulais me donner toutes les chances, je voulais comprendre quelque chose à ce qu'on allait me raconter. Le soir une toute petite salle, un tout petit groupe,

quatre personnes m'ont accueillie. Et j'ai senti. La compréhension. La fraternité. La solidarité. Le soutien. La compassion. Et j'ai entendu. Les similitudes. Les récits. Les remises en question. Les suggestions. Les encouragements. Et j'ai vu. Les sourires et les regards, et surtout la main tendue... Depuis c'est « mon groupe ». Jeudi dernier en réunion, il y avait du gâteau. Avec beaucoup d'émotion, j'ai soufflé une à une les cinq bougies qui me donnaient la mesure de mon p'tit bout de chemin. Cinq années c'est minuscule et c'est immense à la fois, quand elles se sont déroulées dans la lumière... Merci les AA !

JE CROYAIS ÊTRE LA SEULE

J'ai arrêté de boire à 43 ans.

Ma fille avait alors 14 ans et mon fils 6 ans. Je croyais être la seule mère de famille qui buvait et qui cachait ses bouteilles. Quelle ne fut pas ma surprise d'en rencontrer d'autres autour des tables de réunions.

J'avais tellement honte. Je me croyais mauvaise. Mauvaise mère, mauvaise épouse, mauvaise personne. Je me croyais faible, incapable que j'étais de résister à l'appel de l'alcool. Il m'en fallait.

Tous les soirs, je me couchais en me disant : demain j'arrête. Tous les matins, je courrais vers la première gorgée en me disant : demain j'arrête.

Comment en étais-je arrivée là ? Lentement, insidieusement, sans m'en rendre compte. Comment étais-je passée de la bonne vivante, de la fêtarde appréciant les bons vins et les cocktails savoureux, à cette pauvre petite chose tremblante et bouffie ? Je ne le sais pas et aujourd'hui ça ne m'intéresse plus vraiment.

J'ai essayé de comprendre, car, dans ma logique, si je comprenais je pourrais m'attaquer aux causes et réussir à me contrôler. Mais quand l'alcool vous a attrapé, il n'y a plus de logique, il n'y a plus de contrôle.

Je me suis confiée aux médecins. Je les remercie de leur grande patience à mon égard ! Mais je n'avais pas compris que je devais être acteur et faire ma part du chemin. J'étais docile, je suivais leurs prescriptions (médicaments, cures), mais je restais comme étrangère à mon problème. Alors, bien sûr, rien ne fonctionnait durablement. Après chaque arrêt, gagné de haute lutte et dans la souffrance, je retournais à ma chère bouteille, et je buvais en quelques jours tout le fruit de ma courte abstinence. Ce qui me donnait à chaque fois des prétextes supplémentaires pour boire, j'étais tout le temps dans l'échec.

Un jour, après la période des fêtes de fin d'année que j'avais vécue dans un grand trou noir, j'ai demandé à mon médecin de m'interner chez les fous. Une chambre capitonnée et une camisole de force, je ne voyais plus que ça pour m'empêcher de boire. Il m'a répondu qu'il le ferait mais qu'il aimerait bien qu'avant j'aie vu les Alcooliques anonymes. Je n'avais plus la force de négocier, alors j'ai fait ce qu'il m'a dit.

Je me souviendrais toujours, je pense, de ma première réunion. J'avais bu juste ce qu'il faut pour avoir le courage d'y aller, mais pas trop pour faire bonne figure. J'étais encore dans l'illusion que je pouvais tromper mon monde !

« Ils » ont été gentils avec moi, m'ont tendu une chaise, m'ont souri, m'ont même donné la parole. Ils m'ont écouté quand je leur ai expliqué pourquoi moi, ce n'était pas pareil qu'eux. Bien sûr que ce n'était pas pareil ! Eux, ils avaient l'air contents d'être là, ils se disaient tout haut « alcooliques », ils en parlaient, en plaisantaient même un peu, ils avaient l'air en forme, ils avaient les yeux clairs et le regard souriant. Moi, j'étais malheureuse comme une pierre, perdue, les yeux injectés de sang, je titubais, j'avais honte, j'aurais tellement voulu être ailleurs. Bien sûr que je ne suis pas venue chez les AA par vertu !

Je n'ai pas arrêté de boire tout de suite, mais je me suis accrochée aux réunions, à ces « gagnants », je sentais confusément que c'était là et nulle part ailleurs que cela se passerait, si ça devait se passer. Et un matin, je n'ai pas bu. je ne m'explique toujours pas pourquoi ce matin là et pas la veille ou pas le lendemain. Je me suis levée et je n'avais tout simplement plus « soif ».

Ca fait treize ans que ça dure. Parce que j'y ai cru et que j'y crois encore. Parce que je vais en réunion régulièrement et que je travaille sur moi grâce à la méthode de rétablissement des AA. Parce que j'ai une marraine et des amis AA qui m'écoutent et me soutiennent quand la vie me fait des croche-pieds. Parce que je ne manque pas les occasions qui me sont offertes de témoigner de mon parcours et que je peux contribuer ainsi à aider. Parce que je me suis mise à l'œuvre depuis que j'ai compris que je suis le principal acteur face à ma maladie. Parce que j'ai accepté tout simplement que je suis alcoolique et que ma vie n'est pas une tragédie.

ANNEXE 4 : ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE

Mme X, âgée de 50 ans et mère de deux enfants, est suivie pour son alcoolisme chronique depuis août 2016 par une addictologue en centre hospitalier. Elle sait que je cherche à m'entretenir avec des personnes alcoolo-dépendantes pour avoir leur témoignage sur la relation soignant-soigné.

C: Bonjour ! Donc je m'appelle Chloé et euh...

Mme X : (rires) Enchantée !

-(rires) De même ! Alors tout d'abord merci de me recevoir, c'est très aimable de votre part.

-De rien.

-Euh, comme vous le savez, dans le cadre de mon mémoire infirmier, je voulais solliciter votre aide. C'est un entretien et je vous poserai quelques questions. Si vous ne souhaitez pas répondre ou que vous trouvez la question trop personnelle, on passe à une autre. Si vous avez du mal à répondre à une question, je vous en poserai une autre plus ciblée pour vous aider.

-Ok pas de problème.

-Alors, tout d'abord, pour connaître un peu mieux votre parcours, avez-vous déjà été hospitalisée pour ce problème ?

-Non. J'ai fait ce qu'on appelle un sevrage à domicile pour raisons personnelles et familiales. Total, parce que l'alcool, c'est comme la clope, si tu diminues tu reprends à 200%. Sauf qu'avec l'alcool c'est pire. J'ai vu une addictologue en juillet, et j'ai commencé le traitement à mon retour de vacances le 22 août.

Mme X m'explique comment ce sevrage se déroule, et que comme son traitement médicamenteux rend somnolent, son addictologue lui a conseillé d'être bien entourée. Elle me raconte également qu'elle n'a pas de « suivi » à proprement parler, mais qu'elle voyait jusqu'à février 2017 une psychologue pour d'autres problèmes personnels et professionnels, ainsi que pour l'alcool, un an avant de prendre rendez-vous avec une addictologue.

-Je suis insulino-dépendante depuis mes quatorze ans, donc forcément ma diabète était au courant aussi. Et j'en parlais aussi à ma fille, et une ou deux amies proches étaient au courant. Le soutien familial est important.

-D'accord. Ok. Hmm depuis combien de temps avez-vous des problèmes avec l'alcool ?

-Mon problème d'alcool a commencé il y a très longtemps, ça a été crescendo tu vois. Au début c'était une prise d'alcool « mondain » au bureau, et ça s'est répété, une à deux fois par semaine, puis il y avait l'apéro avec les parents. Ils buvaient aussi mais je buvais plus qu'eux... Mes parents sont décédés à un an d'intervalle il y a 10 ans. Enfin 10 et 11 ans. Déjà ça, ça a été dur. Et avec le travail j'avais de plus en plus de responsabilités, ça allait jusqu'au burn-out tu vois. Donc j'ai fait une rupture conventionnelle mais ça a été pire parce que j'étais là le midi ET le soir. Et puis j'ai divorcé et je devais m'occuper de ma petite fille toute seule. J'ai fini par boire toute seule le soir. C'est comme si l'alcool remplaçait ton compagnon. Ça met la puce à l'oreille, mais au début, je ne me suis pas dit ça, je ne le voyais pas.

Mme X m'explique que ses alcoolisations se faisaient toujours lors de fêtes, d'apéros, de

célébrations... Du fait de sa rupture conventionnelle, Mme X me raconte qu'elle a commencé à boire aussi le midi, alors qu'avant elle ne buvait que le soir. Elle répète à plusieurs reprises la phrase « ça a été crescendo ».

-Sans être bourrée tout le temps, je savais que l'alcool c'était trop... c'était trop. Tu t'aperçois qu'il y a un problème quand tu trembles... Quand les tremblements commencent tu sais ? et que ton gosse de te demandes "Maman, pourquoi tu trembles?". Ou quand tu oublies ce qu'on t'a dit la veille. Bon j'oublie encore des choses qu'on m'a dites la veille mais je pense que l'alcool majore le problème non ?

-En effet, ça peut jouer.

-Bon, enfin, ça doit bien faire... vingt ans, oui vingt ans.

-Hm d'accord. Si je récapitule, vous avez été prise en charge par une addictologue, une psychologue, et votre diabétologue était là aussi ?

-Oui. Et mon médecin généraliste aussi.

-Du coup, qu'est-ce que vous évoque la relation entre vous et le soignant ?

-Une aide indéniable. Si on n'a pas ce soutien, on ne peut pas s'en sortir seul. Pour y arriver, faut être motivée. Et honnête aussi. Après ça dépend du soignant. J'ai eu un contact charmant avec ma psychologue par exemple. Et mon addictologue aussi. C'est quelqu'un de... de pas intrusif, qui te laisse dire. Elle est très douce. Ça a collé direct, car j'ai l'impression qu'avec elle, je ne suis pas jugée, je ressens un vrai soutien. C'est un rapport de CONFIANCE... (silence)

-Si je comprends bien, ce qui vous paraît important dans cette relation, c'est la confiance et le fait que vous devez vous sentir écoutée par le soignant ?

-Tout à fait. Comme avec n'importe quel médecin, s'il n'y a pas de confiance, le traitement ne marche pas.

Mme X répète de nombreuses fois le mot confiance. Elle m'explique par ailleurs les différentes expériences qu'elle a eu avec des médecins, ainsi que celles de sa fille. Selon elle, si une relation de confiance s'établit avec le médecin, si nous avons confiance en lui, il y aurait déjà un effet placebo qui nous entraînerait à croire que le traitement prescrit fonctionnera. Si, au contraire, « on ne le [le médecin] sent pas », le traitement ne fonctionnera pas à cause du doute qui subsiste vis à vis du médecin.

-Le fait de les voir régulièrement aussi. L'alcool c'est un sacré vice : tu as toujours une petite voix dans la tête qui te dit « allez... un petit verre ». Donc les voir régulièrement, c'est essentiel pour guérir. Enfin pour être abstinent, car on ne guérit jamais de l'alcool. (silence) En fait, c'est comme pour tes examens, tu vois ? Tu as un examen donc tu révises pour avoir une bonne note. Avec le médecin c'est pareil. Tu veux avoir de bons résultats sanguins. Et comme avec un bon parent, tu as tellement confiance en lui que tu ne peux pas lui mentir, ou alors ça se voit direct.

Mme X m'explique également que les bilans sanguins permettent aux addictologues de détecter un éventuel mensonge sur la consommation. Elle fait d'ailleurs le parallèle avec le poids chez le médecin : nous pouvons lui mentir sur quelques kilos, il ne le verra pas... jusqu'à ce qu'il nous pèse.

-Donc si je comprends bien, il est essentiel pour vous que le soignant soit disponible et à l'écoute ?

-Oui tout à fait.

-Et qu'est-ce qui... est-ce qu'il y a d'autres éléments qui vous paraissent importants ?

-Des félicitations. Des encouragements, des compliments. Tu vois, comme quand ma psy m'a dit « je suis contente que vous ayez sauté le pas ! » ou « vous semblez plus sereine. ».

Pour Mme X, le corps médical est un véritable soutien pour ne pas rechuter. Il lui semble important de garder un lien avec les médecins pour « continuer le combat », et qu'il est « important de ne pas lâcher pour ne pas replonger ». Elle explique aussi que c'est peut-être à cause de sa personnalité : selon elle, il lui « faut un cadre, comme à l'école. ».

-Ah et avant que j'oublie ! le fait d'arrêter l'alcool, on retrouve notre liberté. On ne se rend pas compte quand on est dedans, mais à cause de l'alcool, tu ne fais plus rien : « ah non, je ne peux pas aller là-bas parce que je vais boire ce midi et il peut y avoir la police... » et au final tu te coupes de tout le monde et tu restes enfermée chez toi.

Mme X me précise également qu'elle ne veut pas interdire l'alcool et qu'elle ne veut pas empêcher les gens de boire : ses convives peuvent trinquer, elle trinquera également, mais avec du jus de tomates ou des cocktails sans alcool. De là, elle exprime qu'au début cela a été difficile pour ses convives qui, par pudeur, ne souhaitaient pas boire de l'alcool devant elle, mais que depuis « les gens l'ont compris au final. ».

-Et je ne suis pas pour les alcooliques anonymes. On m'avait proposée mais je n'ai pas envie d'être parquée dans un milieu où tout le monde a le même problème. Pour moi c'est vraiment les médecins qui permettent de se rendre compte. (silence)

-Et qu'est-ce qui va faire que vous allez vous ouvrir à un soignant et pas à un autre ?

-Le corps médical, je le connais depuis des années du fait de mon diabète, ça ne me fait pas peur du tout. Ça ne me fait pas peur, tout ce qui est soin. Par contre il faut trouver le bon interlocuteur. Quelqu'un avec qui je peux parler de mes problèmes, quels qu'ils soient. Par exemple, j'ai une confiance aveugle en mon addictologue, même si j'ai mon mot à dire parce qu'on peut discuter. Par exemple à l'hôpital, c'est trop généraliste, on n'est qu'un numéro. On est un peu anonyme là-bas. Par exemple, mes parents ont fini tous les deux à l'hôpital. À l'hôpital, on a l'impression qu'on nous dit pas tout. Pas qu'on nous ment hein, mais qu'on nous dit pas tout. Et je pense que ça ce serait mieux passé pour mon père si le médecin m'avait dit plus de choses. Je crois que c'est parce qu'ils n'ont pas le temps de prendre le temps à l'hôpital. Même s'il y a des gens très gentils hein. Non pour moi, le soignant doit être très proche du patient et de la famille.

-D'accord. Alors si je résume, pour vous, le soignant doit se montrer disponible et à l'écoute, vous devez vous sentir en confiance, c'est ça ?

-Oui, il ne faut pas se sentir interrogé, sinon on ne se confie pas. Il faut sentir... quelque chose... pour se confier, je ne sais pas comment le décrire... (silence). Je dois ressentir leur personnalité, sinon il n'y a pas de lien qui se tisse. Tu sens s'ils sont ouverts. Et s'ils sont trop « soignants », ça ne va pas. Tu vois « tenez votre prescription, voilà vos médicaments ». Non ça ne va pas. Il faut trouver le soignant assez ouvert et sans jugement. Ouvert et bienveillant.

-Vous dites plusieurs fois que le soignant doit-être ouvert. Qu'est-ce que ce mot signifie pour vous ?

-Ouvert ça veut dire.... à qui tu peux faire confiance. Pas forcément un sourire, il y a des soignants

qui sourient tout le temps et t'as l'impression qu'ils te prennent pour une idiote. C'est un ressenti, une douceur dans la parole avec une pointe de fermeté, quelqu'un sur qui tu sens que tu peux compter. C'est quand il n'y a pas de barrière, pas de grille entre toi et le médecin... c'est compliqué à expliquer, c'est presque sensoriel. Une question de feeling, tu l'as ou tu l'as pas.

-C'est sensoriel ?

-Oui, quand tu vois ton médecin, tu oublies que c'est un médecin. Il devient presque un ami à qui tu peux tout dire, tout raconter, plus qu'à un ami, car avec le secret professionnel tu sais que ça ne sort pas de là et qu'il n'y a pas de jugement. C'est presque comme une confession avec un curé en fait. Au delà de l'environnement médical, il faut qu'il y ait un lien hyper humain. Tu vois, quand tu sens pas ton psy, t'as pas envie de te confier... voilà...

-Très bien, bon... je n'ai plus de questions à vous poser. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré, c'était très gentil à vous.

-Bah de rien, si tu as d'autres questions n'hésite pas à me rappeler, tu as mon numéro.

-Merci beaucoup, au revoir, bonne journée !

-Bonne journée à toi aussi ! Et bonne chance pour ton mémoire !

-Merci.

UE 5.6 S6
ANALYSE DE LA QUALITÉ
/ TRAITEMENT DES DONNÉES SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES

UE 6.2 S6 ANGLAIS

En quoi l'authenticité du soignant est-elle importante dans la relation soignant/soigné dans le cadre d'une alliance thérapeutique chez un patient atteint d'addiction alcoolique ?

HUBERT Chloé

2014-2017

MOTS-CLÉS	KEYWORDS
Relation d'aide Authenticité Alcoolisme chronique Communication	Counseling Authenticity Chronic alcoholism Communication

RÉSUMÉ

Lors de soins auprès d'un patient alcoolique chronique, il m'est apparu que l'attitude du soignant joue un rôle primordial dans la prise en charge. En effet, pour obtenir la confiance du patient et ainsi établir une relation soignant/soigné authentique permettant une meilleure prise en charge, l'implication de la part du professionnel de santé est essentielle. C'est cette authenticité soignante que j'ai cherché à développer tout au long de mes recherches, dont j'ai confrontées les résultats à la réalité du terrain par le biais d'analyse de témoignages et d'entretiens auprès de patients alcoolo-dépendants.

Au fil de mon travail, j'ai réellement compris pourquoi tout soignant doit sans cesse se remettre en question : en cherchant à mieux comprendre nos réactions, à mieux cerner tant nos qualités que nos défauts, nous pouvons trouver notre propre position, notre propre identité professionnelle sans la calquer sur celle d'un autre. Cette compréhension de soi permet alors de mieux prendre soin et d'aider le patient à se retrouver et à découvrir ses propres solutions.

ABSTRACT

When taking care of a chronic alcoholic patient, it appeared to me that the attitude of the caregiver plays a primordial role in the care. Indeed, to obtain the trust of the patient and thus establish a genuine caregiver/patient relationship allowing a better counseling, the involvement on the part of the health professional is essential. It is this caring authenticity that I have sought to develop throughout my research, whose results I have compared with reality on the ground through the analysis of testimonies and interviews with alcohol-dependent patients .

Throughout my work, I have truly understood why every caregivers must constantly question themselves: by seeking to better understand our reactions, to better understand both our qualities and our defects, we can find our own position, our own professional identity without tracing it on another's. This self-understanding allows us to better take care of and help the patient to find himself and to discover his own solutions.