



**Pôle de Formation des Professionnels de Santé du CHU RENNES.**

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

## **MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS**

### **L'impacte de la non observance dans une prise en soin en addictologie**



Formateur référent : Cherel Béatrice

DELAPLANQUE Justine

Formation infirmier

Promotion 2018-2021

Date : 10/05/2021



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

Préfet de la région BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

## **Diplôme d'Etat d'infirmier**

### **Travaux de fin d'études :**

#### ***Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.***

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

***J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.***

***Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.***

**Le 10/05/2021**

**Identité et signature de l'étudiant : Delaplanque Justine**

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE  
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier l'ensemble des formateurs qui nous ont accompagnés, conseillés et finalement nous ont préparés à assurer la relève des infirmiers. Un grand merci aussi à ma référente de mémoire qui m'a guidée et soutenue durant toute l'écriture de mon mémoire.

Je remercie également les deux infirmières qui ont participé à l'écriture de mon mémoire grâce à leurs expériences et leurs visions professionnelles. Cela a vraiment permis d'enrichir mon mémoire.

Je tiens tout spécialement à remercier ma formatrice référente qui est arrivée lors de ma dernière année et qui m'a été d'une aide plus que précieuse. Je la remercie de sa grande disponibilité, bienveillance et investissement qu'elle m'a apporté durant cette dernière année qui fut très intense.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille ainsi qu'à mes amies qui m'ont soutenue tout le long de ma formation. Ils ont su m'apporter une aide aussi bien physique que psychologique lorsque je rencontrais des difficultés ou des doutes durant ces trois années riches en émotions. Je les remercie car je pense que sans eux je ne serais pas la personne, ni la future soignante que je suis devenue.

## Sommaire

<b>1 - INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>2 - PROBLÉMATISATION</b>	<b>2</b>
2.1 Situation d'appel n°1	2
2.2 Situation d'appel n°2	3
2.3 Questionnement	4
2.4 Question de départ	5
<b>3 - CADRE CONCEPTUEL</b>	<b>6</b>
3.1 Qu'est ce qu'un patient présentant une addiction	6
3.1.1 Définition addiction	6
3.1.2 législation	6
3.1.3 Le fonctionnement physiologique du processus d'addiction	7
3.2 Un patient non observant	8
3.2.1 Définition de l'observance	8
3.2.2 Définition de la non observance	8
3.2.3 Transposition dans un contexte d'addiction	9
3.3 Accompagnement	10
3.3.1 Définition de l'accompagnement	10
3.3.2 L'accompagnement en addictologie	10
3.4 Alliance thérapeutique	12
3.4.1 Définition alliance thérapeutique	12
3.4.2 Enjeux	13
3.5 Motivation	13
3.5.1 Définition motivation	13
3.5.2 Motivation intrinsèque	15
3.5.3 Motivation extrinsèque	16
<b>4- CADRE EMPIRIQUE</b>	<b>16</b>
4.1 Dispositif méthodologique de recueil de données	16
4.2 Les objectifs guide d'entretien	16
4.3 La population interviewer	17
4.4 L'organisation pour la réalisation des entretiens	17
4.5 Les points forts	17
4.6 Les limites	18

5 - ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS	18
5.1 Définir un patient en addictologie	18
5.2 Les types d'addictions	19
5.3 La prise en soin en addictologie	19
5.4 La prise en soin d'un patient non observant dans un contexte d'addictologie	20
5.5 Les outils mis en place dans une prise en soins en addictologie	21
5.6 Les limites d'une prise en soin en addictologie	21
6- DISCUSSION	21
6.1 Un patient addicte	21
6.2 Un patient non observant	22
6.3 L'accompagnement en addictologie	23
6.4 Prise en soin d'un patient non observant en addictologie	24
6.5 Les limites d'une prise en soin en addictologie	25
6.6 Les motivations	26
6.7 Pour aller plus loin	27
6.7.1 L'abstinence complète	28
6.7.2 L'inscription anonyme	28
6.7.3 Le Caarud	28
6.8 Cheminement vers la question de recherche	29
7- CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES :	
ANNEXE I : Guide d'entretien	35
ANNEXE II : 1 ère retranscription	37
ANNEXE III : 2ème retranscription	44
ANNEXE IV : Tableaux d'analyses	49

## **1 - INTRODUCTION**

Actuellement en 3ème année d'infirmière, nous devons réaliser un mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre de nos études en soins infirmiers. Durant mon cursus scolaire, j'ai réalisé plusieurs stages qui m'ont permis de découvrir différentes pratiques de prise en soins et qui m'ont permis de réaliser l'importance de la place du patient dans son parcours de soin. C'est d'ailleurs suite à mon stage en addictologie réalisé durant mon cinquième semestre que j'ai vraiment constaté que si le patient n'adhère pas aux soins, nous pouvons nous retrouver dans une impasse thérapeutique. À ce jour, mon projet professionnel est l'addictologie, c'est donc pour cela que j'ai choisi un sujet en rapport avec mon exercice de demain.

Ce que j'affectionne dans la prise en soin en addictologie est le relationnel avec le patient. En effet, l'accompagnement d'un patient présentant une addiction est selon moi très complexe. Il faut réussir à établir un lien de confiance avec le patient, être à l'écoute et surtout dans le non jugement.

De plus, ce qui fait la richesse aussi de ce domaine est que tout le monde peut être touché par l'addiction. Me questionner sur ce sujet me permettrait d'améliorer ou de mieux envisager l'accompagnement des patients dans un contexte de non observance, de non adhérence aux soins en addictologie, d'où la thématique de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers sur la non observance en addictologie.

Mon travail se base sur deux situations rencontrées lors de mon stage en hépatologie addictologie réalisé en troisième année d'infirmière plus précisément au semestre cinq.

En premier lieu, je commencerai par évoquer les deux situations d'appels qui m'ont inspiré à rédiger ce travail. Ensuite, je me pencherai sur les questionnements que celles-ci ont soulevé, pour finalement arriver à ma question de départ.

Dans un second temps j'exposerai les différents concepts dans mon cadre conceptuel, puis suite à des entretiens que je vais analyser je vais confronter les points vue des soignantes interrogées.

Enfin, je résumerai le chemin parcouru et l'intérêt de mon travail de recherche au vu de ma future pratique infirmière

## **2 - PROBLÉMATISATION**

### **2.1 SITUATION D'APPEL N°1**

Je suis en stage en hépatologie - addictologie. En arrivant aux transmissions du matin, on m'informe qu'un des patients dont je m'occupe et qui est entré pour un stage (= sevrage alcoolique complexe de deux semaines comprenant différentes activités avec divers professionnels de santé) à consommer de la cocaïne ce week-end. En effet, Mr M est arrivé pour un stage après avoir déjà réalisé un sevrage d'une semaine. C'est un patient polytoxicomane sous méthadone pour sevrage héroïnes.

Le médecin a alors pris la décision de faire des toxiques urinaires tous les jours afin de vérifier si le patient continue à consommer de la cocaïne. Si les toxiques urinaires reviennent de nouveau positifs, l'hospitalisation de Mr J sera suspendue. Comme c'est mon patient, c'est à moi de l'informer de cette décision.

Je fus un peu troublée par cette décision. J'ai discuté avec les infirmières du matin et l'équipe de nuit qui m'ont expliqué que dans le cas d'un sevrage d'alcool ou autre substances les patients sont tenus de signer un contrat stipulant qu'ils ne doivent pas boire ou consommer d'autres drogues durant l'hospitalisation sinon nous serions dans l'obligation de mettre un terme à l'hospitalisation.

Dans les faits, j'ai compris l'importance de ce contrat et l'importance de faire comprendre aux patients les conséquences s'ils ne restent pas abstinents. Cependant, Mr M n'était pas à sa première tentative de sevrage, il avait pour projet de se sevrer pour pouvoir voir sa fille de 6 ans. Il nous faisait comprendre qu'on était un peu sa dernière chance.

Ce fut difficile pour moi d'annoncer au patient cette décision. Je suis rentré dans sa chambre puis j'ai commencé par aborder la mise en place des toxiques urinaires tous les jours. J'ai alors demandé au patient s'il savait pourquoi on avait décidé de faire ça. Il m'a répondu un "oui je sais !".

Je lui ai demandé si le médecin était venu lui expliquer la décision qui avait été prise s' il continuait à consommer de la cocaïne. Il m'a répondu "oui on m'a déjà expliqué, je sais".

Je lui ai réexpliqué en détail ce qui allait se passer s' il continuait à prendre de la cocaïne et de l'importance d'arrêter, j'ai essayé de faire un point avec lui sur ses difficultés et ce qu'il lui a poussé à re consommer à la cocaïne. Mais le patient s'est refermé sur lui, il ne répondait que par des réponses fermées. L'échange fut compliqué.

Je pense qu'après cette annonce la relation soignante qui s'était mise en place pendant l'hospitalisation a changé. Jusqu'à la fin du stage, le patient ne verbalisa plus comment il se sentait. Il se contentait de répondre à nos questions par des réponses brèves. J'ai pourtant essayé de lui expliquer que cette décision n'était pas contre lui mais pour lui.

J'ai parlé aux infirmières de mon ressenti sur cette prise en soins. Elles m'ont compris mais m'ont expliqué que notre but était qu'il sorte de ce stage sevré et avec différents outils à sa disposition pour l'aider à rester abstinent. Si durant l'hospitalisation il n'arrivait déjà pas à rester abstinent alors qu'il était déjà passé par une semaine de sevrage avant le stage, c'est qu'il n'était pas prêt à se sevrer de manière définitive. Et que la qualité de cette prise en soins repose essentiellement sur les motivations et l'observance du patient.

## **2.2 SITUATION D'APPEL N°2**

Je prends en soins Mr X, un patient de 34 ans arrivé des urgences suite à une chute après perte de conscience dans un contexte d'alcoolémie. A son arrivée, Mr X présente d'importants symptômes de sevrage. Il nécessite de grosses doses de benzodiazépines afin d'éviter un delirium tremens ou une crise convulsive. Mr X nous dit être motivé à arrêter de boire. Ses parents ne souhaitant pas l'accueillir s'il n'est pas abstinent. Mr X prend conscience des conséquences de ses consommations.

Après un entretien informel, je me rends compte que Mr X commence à se rappeler les événements qui se sont passés avant sa chute et se met à pleurer. Je lui dit que j'étais là s'il avait besoin de parler et que s'il le souhaitait, il pouvait avoir un suivi par une psychologue. Mr X accepte un suivi psychologique. Il me fait part de la visite de son frère ce week-end.

Je lui demande comment il se sent par rapport à cette visite sachant que son frère présente lui aussi une dépendance alcoolique non sevrée et des antécédents de polytoxicomanie. Il me dit qu'il est content car ça fait longtemps qu'il ne l'a pas vu et qu'il va lui apporter des affaires.

Le week end se passe, j'apprends aux transmissions du matin que le médecin a décidé d'interrompre l'hospitalisation de Mr X. En effet, le frère a ramené des bouteilles d'alcool lors de sa visite ce week-end et par conséquent Mr X a re consommé.

### **2.3 QUESTIONNEMENT**

Ces deux situations rencontrées en stage m'ont amené à me questionner sur la prise en soin en addictologie. Les questions soulevées sont les suivantes :

- Quelle est la place de la motivation dans la prise en soin d'un patient en addictologie ?
- Quels sont les facteurs déterminants qui influencent l'observance d'un patient en addictologie ?
- Quels sont les facteurs favorisant une rechute ?
- Quelle place donne t-on à une rechute ?
- Quelles sont les protocoles et lois concernant les rechutes ? Comment est régi le droit à la rechute? Est ce un droit?
- Quelle est l'importance d'une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire dans cette situation?
- En quoi l'équipe pluridisciplinaire peut-elle impacter les motivations et ressources du patient en addictologie ?
- Quelles options s'offrent à nous face à un patient non observant ?

- En quoi la mise en place d'une relation de confiance entre soignant-soigné influence la prise en soin et/ou l'adhésion au contrat ?
- Quelle est l'importance de l'alliance thérapeutique lors d'une prise en soin d'un patient non observant en addictologie ? Que signifie l'alliance thérapeutique et à quoi cela engage-t-il pour le patient ?
- Quelle posture soignante adopter dans l'accompagnement d'un sevrage ?
- Quelles sont les limites de l'accompagnement en addictologie ?
- Quelle est l'importance de la distance et la prise de recul lors d'une prise en soin ?

#### **2.4 QUESTION DE DÉPART**

Ce questionnaire m'a permis de faire ressortir différentes notions telles que l'accompagnement, la motivation, la posture soignante et l'observance. J'ai alors voulu regrouper ces notions afin de pouvoir toutes les explorer pour en arriver à ma question de départ qui est la suivante : **Dans quelle mesure l'observance du patient en addictologie impacte-t-elle le soin infirmier ?**

Afin de répondre à la question de départ je vais vous exposer mes recherches réalisées pour mieux comprendre les différents concepts ressorties des situations d'appels.

## **3 - CADRE CONCEPTUEL**

### **3.1 QU'EST CE QU'UN PATIENT PRÉSENTANT UNE ADDICTION ?**

#### **3.1.1 - Définition de l'addiction**

La notion d'addiction à permuter avec le temps par le terme de toxicomanie. Elle tire son origine de l'étymologie latine, *ad-dicere* « dire à ». Dans la civilisation romaine, les esclaves n'avaient pas de nom propre et étaient *dits* à leur *Pater familias*. Il exprime une absence d'indépendance et de liberté, donc bien un esclavage.

#### **3.1.2 - Législation**

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives. Aussi appelé syndrome de dépendance. La notion de conduite addictive regroupe les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu, par exemple).

En 1964, un Comité d'experts de l'OMS a introduit le terme de «dépendance» en remplacement des termes d'addiction et d'«accoutumance». Il peut être généralement employé en rapport avec l'ensemble des substances psychoactives (pharmacodépendance, dépendance aux substances chimiques, dépendance aux substances psychoactives), en lien avec une substance particulière ou une catégorie de substances (par exemple l'alcool ou les opiacés).

La 10e Révision de la Classification statistique internationale (CIM-10) des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) définit le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une

substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités.

On trouve dans les définitions des addictions données par le Dsm-IV et le Cim-10 la notion d'une incapacité pour l'utilisateur à gérer sa propre consommation : il consomme plus qu'il ne le veut et ses efforts pour contrôler sa consommation sont inefficaces. Cette perte de contrôle de la volonté dans le développement de l'addiction est notée par George LOEWENSTEIN :

*« Dans les phases initiales de l'addiction, on peut voir la consommation de la drogue comme le produit d'un processus de décision largement volitionnel. Cependant, lorsque l'individu devient addict à une drogue, il y a une perte progressive du contrôle volontaire sur la consommation ».*

(Loewenstein, 1999)

### **3.1.3 - Le fonctionnement physiologique du processus d'addiction**

L'addiction déclenche des mécanismes complexes au niveau du cerveau. En effet, ces substances psychoactives de ces addictions ont différentes actions sur les systèmes régulateurs des émotions et du plaisir en agissant sur le circuit de la récompense. Le circuit de la récompense est un circuit neuro-anatomique complexe, impliquant différentes structures corticales et sous-corticales, mis en jeu dans la satisfaction de besoins vitaux (alimentation, reproduction, etc...) par la libération de dopamine dans certaines zones du cerveau.

Les Substances psychoactives modifient aussi les équilibres entre les différentes voies de neurotransmission et perturbent le circuit de la récompense puis des processus motivationnels.

Ce déséquilibre neurochimique crée de nouvelles voies neuronales avec un shunt cortical (les processus de pensée complexe sont shuntés au détriment de voies plus archaïques de satisfaction pulsionnelles immédiates). Ces phénomènes entraînent une répétition des comportements addictifs et engendrent une apparition progressive de la dépendance

## **3.2 - UN PATIENT NON OBSERVANT**

### **3.2.1 - Définition de l'observance**

Du latin *"observancia"* , l'observance renvoie dans le cadre d'une pratique ou d'une communauté religieuse à l'obéissance à une règle. Acceptation active de la part de la personne soignée, l'observance est un ensemble d'accommodement avec le traitement.

R. Haynes définissait (1979) déjà l'observance comme *"une situation dans laquelle le comportement d'une personne (prendre un médicament, suivre un régime ou modifier son mode de vie par exemple) coïncide avec les conseils médicaux ou les recommandations en matière de santé"*.

D'après les auteurs de la Communication soignant-soigné : repères et pratique *"l'observance est un degré de concordance entre le comportement d'un individu (en terme de prises médicamenteuses, suivi de régime ou de changement de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales"*.

### **3.2.2 - Définition de la non observance**

La non-observance aux traitements médicaux se définit par le fait que le patient ne suit pas les recommandations ou prescriptions médicales. On parle alors *"d'un manque d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales"* (Sackett, 1979). Ce phénomène s'applique sur l'ensemble des prescriptions c'est-à-dire la prise médicamenteuse mais aussi la pratique des *« mesures hygiéno-diététiques »* et la réalisation des examens complémentaires prescrits.

Selon l'article *"Mieux Comprendre La Non Observance Thérapeutique "* *L'observance du patient est décrite comme le résultat d'un compromis entre l'idéal médical et les limites du patient vis à vis des exigences demandées : limites liées non seulement au patient lui-même (âge, sexe, facteurs socio économiques, niveau d'instruction...) mais aussi à son environnement (structure familiale, polymédication, nombre de prise quotidienne, effets secondaires des traitements et rapport avec le personnel soignant"*.

### **3.2.3 - Transposition à un contexte d'addiction**

L'addiction et la non-observance peuvent être toutes deux décrites comme des phénomènes de manifestation de la « *faiblesse de la volonté* »: ces phénomènes conduisent les gens à ne pas faire ce que la raison leur dicte.

Connu depuis Aristote sous le terme d'*akrasia*, ou intempérance, conduisant à commettre des actions que les Latins appellent « *incontinentes* ». C'est un phénomène conscient, ce que reconnaissent à la fois les personnes sous l'emprise d'une addiction, et celles qui ne sont pas observantes à leur traitement : « *Quand on agit de manière faible, on aimerait bien, à un certain degré, faire ce que l'on estime être le meilleur. La faiblesse de la volonté est marquée par le conflit et le regret* » (Watson, 1977).

Les patients qui ne suivent pas les recommandations médicales expliquent qu'à un certain degré , "ils savent ce qu'ils devraient faire, savent comment le faire, mais ne le font pas ; savent qu'ils vont le regretter, le regrette, et pourtant, ne le font toujours pas".

En d'autres termes, une prise de risque est une forme de la non-observance des patients qui peuvent se dire, qu'après tout ils pourraient échapper aux complications de leur maladie chronique.

C'est pour cela que l'accompagnement et l'alliance thérapeutique ont une place prépondérante dans la prise en soin en addictologie.

## **3.3 - L'ACCOMPAGNEMENT**

### **3.3.1 - Définition de l'accompagnement**

Le verbe accompagner, d'après le dictionnaire historique de la langue française, Le Robert 1992 [3], est formé à partir du latin cum : « *avec* » et panis : « *pain* » ce qui veut dire « *qui mange son pain avec* ».

On retrouve aussi une définition dans le dictionnaire latin Lexilogos et le dictionnaire étymologique de la langue française en ligne, est composé de “ac,” préfixe latin qui veut dire rapprochement proximité, et de compagnon.

L'accompagnement est un concept apparu dans le champ des soins palliatifs dans les années 1960-1970 (Verspieren, 1984). Il va envahir le champ professionnel dans les années 1990 (Paul, 2004), dans des domaines comme la santé, le social, l'éducation..., ce qui augmente la difficulté d'en cerner le sens et ne permet pas actuellement de le considérer comme stabilisé.

Selon le dictionnaire des concepts et soins infirmiers : *“Accompagner signifie être avec, dans une situation donnée, de façon ponctuelle ou durable pour conduire une autre personne (ou un groupe) vers un changement certain. L'accompagnement peut être spontané, volontaire, professionnel... Dans le contexte soignant, il nécessite des outils relationnels permettant de vivre cette interprétation aidante comme un processus naturel et réciproque.”*

D'après le glossaire n°3 de la Terminologie des Soins Infirmiers (1993, Ministère de la Santé) *“L'accompagnement est une démarche de soutien thérapeutique fondé sur une relation soignant-soigné qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement social”.*

### **3.3.2 - L'accompagnement en addictologie**

L'accompagnement inclut l'écoute et l'aide apportée dans des champs interdisciplinaires, en fonction des étapes de la vie. Il se caractérise par son investissement d'un individu mobilisant des ressources vers des individus en besoin (de santé, d'aide, sociale...) ou en état d'appartenance (étudiant, stagiaire).

Ce type d'accompagnement se déploie à travers les disciplines exercées, comme la gérontologie pour les projets de vie, la psychiatrie pour un hôpital de jour par exemple. L'accompagnement est intégré dans les projets de soins mais également dans le cadre de la continuité des soins, de l'éducation thérapeutique.

Jean-Marie DE KETELE (2014), définit l'accompagnement comme *« une rencontre entre deux personnes, [...] où l'accompagnateur jouit d'un statut particulier aux yeux de l'accompagné »* (Vial et Caparros-Mencacci, 2007).

Tout comme en 2012, Maëla Paul définit l'accompagnement autour de trois notions,

- La première est la dimension relationnelle « se joindre à quelqu'un » qui consiste à mettre en relation deux personnes et à mettre en œuvre la capacité à « être avec » donc pouvoir être disponible, présent, attentif et ouvert pour l'autre, en lui disant « je suis là et vous ? ».
- La seconde est la mise en mouvement « pour aller où il va » et le choix d'une direction en allant « vers ».
- Enfin, la dernière « *en même temps que lui* » est la relation interpersonnelle dite coopérative qui résulte d'une manière de faire renvoyant au partage (la parole et les objectifs par exemple) et dans laquelle les deux personnes avancent « *de concert* »;
- L'accompagnement en addictologie

Selon l'article Établissement d'un lien thérapeutique en addictologie par B. Badin de Montjoye. Revue Ethique et Santé, on ne doit pas limiter la place du soignant dans l'accompagnement d'un patient dépendant, à la mise en place de mesures ou actions ponctuelles et palliatives. Il faut aussi entrer dans une démarche de visualisation du parcours patient, en prenant en compte sa complexité: *“ses mouvements, ses arrêts, ses retours arrière”*. En effet, selon le contexte de rencontre et la psychopathologie du patient, le parcours peut se décliner différemment. De plus, l'objectif primaire pour le soignant débutant chaque prise en soin, est la mise en place d'une relation de confiance avec son patient se trouvant dans une situation de vulnérabilité physique et psychologique. Cependant, l'auteur affirme qu'en addictologie, (et cela est valable pour de nombreuses spécialités médicales), les conditions de temporalité sont variables ce qui force ce lien à se réaliser de manière beaucoup plus rapide, notamment dans les services d'urgence suite à une complication somatique ou psychiatrique consécutive à la prise d'un produit. De plus, suite à une situation de prise en charge singulière, cette relation peut se faire sur un temps délimité.

Il affirme que : *“il peut être intéressant de ne pas se figer sur le présent de l'entretien et d'imaginer également avec lui un devenir, devenir dans lequel il pourra aller mieux.”*

Le médecin est garant de l'engagement de l'équipe à l'organisation des soins dans la continuité. Cette continuité de soins peut se matérialiser aussi bien en organisant une orientation. La coordination des soins peut prendre sens particulièrement pour les patients dont la biographie est en rupture.

De par l'attention portée au patient, écoute attentive et empathique. La confiance peut s'installer au cours au cours de ce début de prise en charge.

Dès le début de l'entretien, le soignant ne doit pas être influencé par tous les stéréotypes et les préjugés autour qui peuvent exister sur la toxicomanie, de l'alcoolique et du joueur pathologique. Écouter un patient dépendant nécessite de la part du thérapeute la prise de conscience de l'enjeu vital de son écoute et que l'attention spécifique à cette personne est une urgence.

Pour cela, on évalue de façon globale la situation par l'évocation avec le patient de certains vécus en puisant dans son capital culturel et symbolique. Cela permet de mieux circonscrire ce qu'il attend de cette démarche de soins

### **3.4 - ALLIANCE THERAPEUTIQUE**

#### **3.4.1 - Définition de l'alliance thérapeutique**

*"L'alliance thérapeutique est une entente bilatérale, parfois officielle mais aussi souvent tacite entre les soignantes et les personnes soignées. Cette entente peut concerner le traitement, le régime, le mode de vie ou l'abstention de consommer des substances comme le tabac, l'alcool ou certaines drogues"*

L'alliance thérapeutique de Horvath et Greenberg 1989, basée sur la théorie de Bordin, aimerait joindre l'objectif partagé par le patient et le thérapeute, afin de diminuer la souffrance du client (Bordin 1979). Ici, cette alliance à trois fonctions dans la thérapie :

- *"alliance thérapeutique elle-même,*
- *l'alliance est un prérequis essentiel pour que des interventions thérapeutiques soient efficaces,*
- *L'alliance interagit avec différents types d'interventions thérapeutiques. afin d'aider la personne soignée à adhérer positivement au projet thérapeutique mis en oeuvre, Antoine Biloy propose de réaliser des objectifs de communication,*
- *Prendre un rôle actif dans la relation qu'il instaure avec l'équipe soignante : changer certaines de ses habitudes de vie.*

### **3.4.2 - Enjeux de l'alliance thérapeutique**

L'enjeu central de l'alliance thérapeutique consiste à créer progressivement, un lien de confiance réciproque sur lequel se fonde une relation d'aide. Pour Jacques Chalifour, ce lien permet de bâtir, au cours des rencontres, des échanges constructifs afin que la personne soignée s'investisse dans son traitement et termine par accepter de ne plus se réfugier derrière ses mécanismes de défense mais d'explorer les potentiels, avec l'aide du soignant.

D'autres auteurs affirment que la relation serait le noyau de tous les soins psychiatriques. Les relations thérapeutiques sont décrites comme une relation asymétrique entre un patient souffrant nécessitant une aide et la volonté et l'essai de l'infirmière de soulager sa souffrance (Berg, Danielson 2007).

Pour Stéphanie Senn et al, " la confiance constitue la base d'une relation thérapeutique et en est l'élément les plus importants (Cutcliff et al 2005). Avant de prendre la décision de se confier, un individu doit avoir un besoin pouvant être satisfait sans l'assistance d'une personne. La relation infirmière-patient basée sur la confiance est primordiale notamment dans la santé mentale car les patients en ont besoin pour se stabiliser."

## **3.5 - MOTIVATION**

### **3.5.1- Définition de la motivation**

La motivation vient du mot "*motif*", lui-même emprunté au latin "*motivus*" qui veut dire "mobile" et "movere" dont l'équivalent en français est mouvoir. Il signifiait en ancien français "ce qui met en mouvement".

La motivation est l'ensemble des causes, conscientes ou inconscientes qui sont à l'origine du comportement individuel. Selon l'article de Laurent Boulanger "*un individu ne s'implique dans l'action que s'il a répondu inconsciemment aux trois questions suivantes :*

- *suis je capable d'atteindre mes objectifs ?*
- *Y aura-t-il une contrepartie de mon entourage ?*
- *L'enjeux présente-t-il un intérêt ?"*

Les théories de la motivation 2012 de F Fenouillet ont permis de faire émerger des ensembles conceptuels dans lesquels toutes théories de la motivation peuvent se retrouver. La notion de motivation a pris une place importante dans notre société. Pourtant le terme de motivation ne s'est diffusé qu'à partir de la première moitié du 20ème siècle.

Fenouillet nous explique qu'à l'époque, beaucoup de théoriciens associaient le phénomène de la motivation à l'instinct primaire de l'homme. Ce n'est qu'à partir du 20ème siècle que des théoriciens ont commencé à s'intéresser aux motifs du comportements qui poussent les personnes à faire telle ou telle chose. Ici les positions sur l'origine de la motivation sont divisées, d'un côté on retrouve les motifs primaires (en postulant un instinct ou un besoin psychologique) et de l'autre on retrouve les motifs secondaires qui expliquent ce qu'est la motivation sans la rattacher à une origine quelconque.

Selon le théoricien Albert Bandura, *“ la motivation vient en partie du sentiment d'efficacité personnelle, c'est -à -dire des croyances que se forment les individus sur leurs capacités ou non de réussir à réaliser leurs objectifs. Ce dernier explique qu'il ne suffit pas de savoir ce que l'on veut pour être motivé, il faut également s'estimer capable de le faire.”*

A présent, les théories modernes de la motivation ne considèrent plus la motivation comme un simple état (comme peut être un besoin ou un intérêt) mais aussi comme un processus qui passe par différentes étapes jusqu'au résultat qui conduisent les individus à adopter un tel comportement.

Comprendre la motivation, c'est comprendre pourquoi un individu agit alors que rien n'y personne ne le contraigne. C'est approcher cette grande énigme du comportement humain : pourquoi un individu veut faire quelque chose et persiste dans cet effort ?

### **3.5.2 - Motivation Extrinsèque**

La motivation extrinsèque se définit comme le sujet qui agit dans l'intention d'obtenir une réponse en dehors de l'activité elle-même, par exemple recevoir une récompense, éviter de se sentir coupable, gagner l'approbation sont des motivations extrinsèques. Les facteurs déterminants peuvent être l'envie de réussir aux évaluations, plaire à sa hiérarchie, aux professeurs...

Selon P bernoux, parler de motivation revient à s'interroger autant sur l'organisation que sur l'individu qui la compose : “ l'individu va déterminer son comportement en fonction de ses intérêts

par rapport à ce que l'entreprise peut lui offrir. Il va définir une stratégie pour arriver à ses fins (...) Bien entendu, son comportement doit s'harmoniser avec celui du groupe, qu'il influencera aussi"

### **3.5.3 - Motivation Intrinsèque**

La motivation intrinsèque signifie que l'on pratique une activité pour le plaisir de la satisfaction que l'on en retire. Une personne est intrinsèquement motivée lorsqu'elle effectue des activités volontairement et par intérêt pour l'activité elle-même sans attendre de récompense ni chercher à éviter un quelconque sentiment de culpabilité. Les facteurs déterminants peuvent relever de la curiosité naturelle, de l'autodétermination, l'exercice de son libre arbitre, le sentiment de compétence. Pour J Chalifour, "les principales sources de motivations de l'humain sont liées à la réponses à ses besoins fondamentaux ; rechercher les plaisirs et éviter les souffrances et les inconforts face aux besoins éprouvés"

## **4- CADRE EMPIRIQUE**

### **4.1 Dispositif méthodologique du recueil de données**

Afin de mettre en lien ces données bibliographiques avec les avis des professionnels de terrain. J'ai réalisé un entretien, le premier avec une infirmière dans un secteur d'hépatologie-addictologie et le second avec une infirmière du CSAPA (**Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie**).

Ces entretiens seront semi directifs car il permet d'orienter les infirmières sur un sujet tout en leur laissant le choix de d'aborder d'autres thèmes en lien avec le sujet. Ce sont des questions relativement ouvertes préparées en amont dans mon guide d'entretien, afin de répondre à des objectifs ciblés.

### **4.2 Les objectifs du guide d'entretien**

Ces entretiens permettront de répondre à plusieurs objectifs posés lors de l'écriture de mon cadre conceptuel. Dans un premier temps, nous allons chercher à comprendre les caractéristiques d'un patient présentant une addiction.

Dans un second temps, nous verrons comment prendre en soin un patient en addictologie. Ensuite, l'objectif sera de voir s'il y a une différence de prise en soin lorsque le patient est non observant. Enfin, nous identifierons quelles sont les limites d'une prise en soin en addictologie. Ce guide d'entretien permettra alors de faire le lien entre la posture professionnelle et l'expérience professionnelle.

#### **4.3 La population interviewée**

Pour ces entretiens, j'ai voulu confronter les points de vue de deux infirmières qui prenaient en soin des patients présentant des addictions. Cependant il me semblait plus judicieux d'interviewer des infirmières qui ne travaillent pas dans la même structure afin de pouvoir constater les différentes prises en soin possibles. J'ai alors réalisé un premier entretien avec une infirmière (qu'on appellera Julie) qui travaille depuis dix ans dans un secteur d'addictologie et qui a passé un DU d'addictologie. Elle prend en soin des patients avec une problématique alcoolique surtout et où le temps moyen d'hospitalisation est d'une semaine. Ensuite, j'ai réalisé un entretien avec une infirmière (qu'on appellera Catherine) qui travaille depuis un an dans un CSAPA. Ici, elle prend en soins majoritairement des patients présentant une addiction aux opiacés. La prise en soin est en ambulatoire.

#### **4.4 L'organisation pour la réalisation des entretiens**

J'ai d'abord contacté l'infirmière qui travaille dans le service d'addictologie car j'ai effectué un stage dans ce service et je connaissais très bien l'infirmière. Nous avons convenu d'un rendez-vous à distance en visioconférence lors de son jour de repos.

Pour l'infirmier qui dans le CSAPA, nous avons convenu d'un rendez-vous sur son lieu de travail dans son bureau en début d'après-midi.. J'ai pu enregistrer les entretiens grâce à leur accord et avec la fonction enregistrement de mon téléphone.

#### **4.5 Les points forts**

Les infirmières se sont montrées toutes deux très disponibles pour me rencontrer. J'ai apprécié l'engagement et l'investissement dont elles ont fait part lors de l'entretien. Elles ont pris le temps de s'intéresser à comment se passe ma formation infirmière afin de me mettre à l'aise et ont répondu à mes questions de manière constructive. Elles se sont montrées bienveillantes et à l'écoute de mes attentes par rapport au guide d'entretien.

Toutes deux m'ont proposé de les rappeler après l'entretien si d'autres questions me venaient. Ce fut un échange enrichissant avec chacune. J'ai pu remarquer qu'ils avaient envie de me transmettre leurs connaissances et leur expérience de terrain. Je les remercie vivement d'avoir participé à mon mémoire.

#### **4.6 Les limites**

Selon moi les limites de l'entretien est la limite de temps. En effet, bien qu'elles se soient montrées disponibles dans leur emploi du temps, elles n'avaient qu'une heure toute deux à m'accorder. J'ai donc essayé d'aller à l'essentiel afin de pouvoir répondre à toutes les questions du guide d'entretien mais je n'ai pas eu le temps d'approfondir certains points qui me semblaient intéressants.

### **5 - ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS**

Afin d'approfondir ces concepts, j'ai réalisé deux entretiens avec des professionnels de santé. Pour les deux entretiens réalisés, j'ai utilisé un tableau d'analyse de contenu qui figure en Annexe afin de les analyser. Le tableau reprend les différents objectifs posés avec un regard croisé à partir des deux entretiens.

#### **5.1 Définir un patient en addictologie**

Durant ces entretiens, j'ai souhaité répondre à différents objectifs. Le premier objectif est de poser les bases en définissant les caractéristiques d'un patient présentant des addictions. Le terme qui est revenu pour les deux infirmières, il y a une connotation sociale qui est "la précarité".

En effet, elle explique qu'elles retrouvent régulièrement des personnes qui sont isolées socialement, présentant une cassure avec la société. Ce sont des personnes qui ont déjà perdu leur travail, qui rencontrent des difficultés dans leurs familles. Julie précise que ce sont des personnes qui ont un "gros manque d'estime de soi" et un problème d'attachement la plupart du temps en lien avec leur famille qui va conduire à des comportements à risque. A contrario, Catherine nous explique qu'elle retrouve aussi beaucoup de patients présentant des addictions venant de différentes classes sociales. Ils sont pour la plupart d'entre eux insérés professionnellement et mènent une vie de famille que l'on peut qualifier de "normal". Ce mode de vie n'est pas incompatible avec l'addiction.

## **5.2 Les différents types d'addictions**

Ensuite, nous avons abordé les types d'addictions retrouvés dans leur structure. Dans les deux situations nous retrouvons des personnes dépendantes aux opiacés. Pour Julie, elle prend en charge dans une grande majorité des cas des patients qui sont dépendants à l'alcool et dans la minorité des cas des personnes ayant des addictions aux opiacés. Alors que pour Catherine, elle prend en charge majoritairement des patients dépendants aux opiacés mais aussi dépendants aux cannabis, aux médicaments comme un antalgique le tramadol. On retrouve aussi des addictions comportementales tel que l'addiction aux jeux d'argent, au sexe ect.

## **5.3 La prise en soin en addictologie**

Dans un second temps, il me semblait important de définir ce qu'était une prise en soin d'un patient en addictologie.

En effet, les deux infirmières se rejoignent sur la notion de soin relationnel et de l'importance de réaliser des entretiens afin de pouvoir évaluer les motivations du patient, ses ressources et ses difficultés. On y retrouve aussi la notion d'accompagnement et de réassurance.

Puis, nous avons abordé le concept du contrat de soins. Ici les deux opinions divergent. Dans le cas de Catherine, ils ne mettent pas en place de contrat de soin excepté pour les appartements thérapeutiques. Elle explique que mettre en place un contrat de soin ajouterait une pression en plus dans le processus de sevrage qui est déjà assez difficile pour le patient. Et, qu'il peut nuire à la confiance instaurée dans la relation soignant-soigné.

Alors que pour Julie, le contrat de soin permet au patient de se rendre compte qu'ils doivent être prêts à faire la démarche du sevrage et qu'ils doivent être acteurs dans leur parcours de sevrage. C'est une considération qu'on a pour les patients, comme un être vivant doté de réflexion, d'attention et de capacité donc il faut qu'ils soient capable pendant une semaine de ne pas se réalcooliser et d'accepter ce qu'on leur propose comme soin.

#### **5.4 La prise en soin d'un patient non observant dans un contexte d'addictologie**

L'un des objectifs fondamentaux de cet entretien est d'expliquer la prise en soin d'un patient non observant. Nous avons commencé par aborder les caractéristiques, le profil d'un patient non observant en addictologie. Dans les deux cas, les infirmières consentent à dire qu'il s'agit de patients qui ne se rendent pas aux rendez-vous ou aux activités proposées. Catherine précise que la non observance passe aussi par le mésusage des traitements de substitution. Julie spécifie qu'un patient non observant est un patient qui potentiellement n'est pas venu par lui-même. La non observance peut venir aussi du sentiment de honte d'être dépendant à l'alcool ou alors peut venir de l'addiction en elle-même. C'est à dire que dans les moments de "craving" (*Envie impérieuse de consommer pour retrouver les sensations de satisfaction et d'éviter une sensation de malaise*) un patient peut très facilement se remettre à boire et se rendre compte de son erreur une fois l'alcool consommé.

Ensuite, nous avons échangé sur la prise en soin d'un patient non observant en addictologie. Ce qui est ressorti des deux entretiens est l'importance de prendre un temps pour réaliser un entretien afin d'évaluer le patient, ses difficultés, motivations, ressources. Être à son écoute et être dans la réassurance. Julie affirme que par moment il faut prendre en compte que le patient n'est pas prêt à faire un sevrage.

Il faut donc suivre son rythme et lui proposer de reprogrammer son hospitalisation. Catherine explique que la prise en soin ne change pas trop, qu'ils peuvent réaliser des tests urinaires sans prescription(exe et renforcer les rencontres pour des évaluations lorsqu'ils sont confrontés à des patients non observants . Mais que dans ce cas là, ce n'est que s'il y a un doute avéré auquel cas ça nuirait à la confiance mise en place dans la relation soignant-soigné.

Par la suite, nous nous sommes intéressées à l'influence de la non observance sur le risque de rechute. Pour les deux infirmières, la non observance ne serait pas un facteur favorisant les rechutes.

Julie utilise l'exemple d'un patient sans domicile fixe pour mieux expliquer ce propos. En effet, pour les personnes sans domicile fixe cela va être difficile d'instaurer des horaires fixes ou des rendez-vous car il n'aura plus l'habitude qu'on lui dise ce qu'il doit faire. Pour autant, cela ne veut pas dire qu'ils seront plus enclins à rechuter qu'un autre patient. Pour elle, la non observance montre à quelle étape se trouve le patient dans son parcours de sevrage. Elle affirme que ça serait plus le caractère du patient qui influencerait cette non observance.

Catherine ne pense pas non plus que la non observance favoriserait plus une rechute. Mais que c'est plus la pathologie addictive en elle-même qui favorise les rechutes en fonction du degré d'addiction. D'une personne à l'autre les rechutes sont possibles même si un patient est observant sur ses traitements substitutifs et sur sa présence aux rendez-vous. Il a autant de risques qu'un autre de faire une rechute. Il faut comprendre que l'addiction englobe un nombre de facteurs influençant important qui peuvent provoquer une rechutes autres que la non observance tel que les fréquentations, le cadre familiale.

### **5.5 Les outils mis en place dans une prise en soin en addictologie**

Puis, nous nous sommes penchés sur les outils qui peuvent aider la prise en soin d'un patient en addictologie. En ce qui concerne Julie, le service a mis en place un "*stage*" de deux semaines qui regroupent différentes activités telles que la sophrologie, le sport, les points infos et des rencontres avec plusieurs professionnels de santé (médecin, psychologue, assistante sociale). Dans le cas de Catherine, là aussi des activités sont mises en place, activités jeux de mots ou activités sorties en ville "échappées belles". Les réunions pluri-professionnelles sont aussi un outil pour ajuster les prises en soins.

### **5.6 Les limites d'une prise en soin en addictologie**

Enfin, pour conclure cet entretien, nous nous sommes intéressées aux limites d'une prise en soins en addictologie. Pour Julie, les limites de la prise en soin seraient notre rôle auprès du patient. En effet, elle affirme que nous ne sommes qu'un outil pour le patient qui va l'aider à se soigner. Mais que nous ne pouvons pas faire à sa place. L'autre limite pour Julie serait le temps et le lieu. Quand on est dans un service où il y a vingt quatre patients, par moments nous n'avons pas le temps de faire des entretiens approfondis pour tout le monde. De plus, un sevrage de sept jours c'est quand même relativement court. Les patients restent dans le service le temps que les symptômes de sevrage disparaissent mais le plus gros du travail se passe après.

Pour Catherine, la limite de la prise en soin serait lorsque le patient se montre irrespectueux voire agressif avec un soignant. A ce moment, ils peuvent mettre un terme au suivi s'il ne corrige pas son comportement.

## **6- DISCUSSION**

\_\_\_\_\_ Dans cette partie, je vais reprendre les différentes notions et concepts abordés dans mon cadre conceptuel et les confronter avec les données recueillies dans mes entretiens. Ce regard croisé me permettra d'arriver à une réflexion personnelle et de me positionner en tant que future professionnelle.

### **6.1 un patient addicte**

Lors de l'écriture de mon cadre conceptuel, j'ai voulu développer ce qu'était l'addiction afin de mieux pouvoir cerner les patients souffrant de toxicomanie. On trouve dans les définitions des addictions données par le Dsm-IV et le Cim-10 *"la notion d'une incapacité pour l'utilisateur à gérer sa propre consommation : il consomme plus qu'il ne le veut et ses efforts pour contrôler sa consommation sont inefficaces."* Cim-10 définit le syndrome de dépendance comme *"un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités."*

Lors de la rédaction de mon guide d'entretien, je me suis aperçu que pour définir ce qu'était un patient présentant des dépendances, je me suis focalisée sur les caractéristiques du patient plutôt que sur la maladie. En effet, pour mieux comprendre un patient souffrant d'addiction, il me semblait plus judicieux de s'intéresser à son environnement et sa situation que sur la pathologie. Suite aux entretiens, j'ai retenu que les patients présentant des addictions étaient des patients souffrant de précarité parfois même de rupture avec la société. Que c'était des personnes ayant une faible estime d'elles-mêmes et qui pour la plupart d'entre elles, n'avaient pas un environnement familiale favorable. Par ailleurs, on trouve aussi un autre profil de patients qui eux sont insérés professionnellement et qui ont une vie de famille. Dans les situations expliquées par les deux infirmières, nous étions en présence de patients qui étaient dépendants de substances psychoactives telles que les opiacés et l'alcool.

Je pense qu'avant de débiter les entretiens avec les infirmières,, je me suis fait une idée préconçue sur les patients toxicomanes. En effet, je ne pensais pas que la toxicomanie, la vie de famille et le travail pouvaient être compatibles. C'est en échangeant avec différentes infirmières que

j'ai réalisé que l'addiction pouvait toucher tout le monde que ce soit en fonction des classes sociales ou des modes de vie.

## **6.2 Un patient non observant**

Nous avons pu voir grâce à des auteurs comme Sakette ou grâce à la revue "*Mieux comprendre la non observance*" que la non observance était décrite comme un manque d'adéquation entre le comportement du patient et les prescriptions médicales. Que ce soit pour la prise médicamenteuse, ou les recommandations hygiéno diététiques. Lors de mes entretiens, j'ai pu constater effectivement que le profil d'un patient non observant était un patient qui ne prenait pas correctement ses traitements de substitution par exemple, ou qui n'assistait pas aux différentes activités ou parfois même aux rendez-vous de suivi. Pour ma part, la notion de non observance m'évoquait un patient qui prenait son sevrage "*à la légère*", qui s'exposait aux substances psychoactives en pensant qu'il pourrait gérer la situation, ou qu'il ne faisait pas attention à son hygiène de vie. Je n'englobais pas la partie médicamenteuse, ni les activités.

De plus, nous avons pu voir que lorsque la non observance était associée à l'addiction, elle était perçue comme une "*faiblesse de la volonté*". Watson explique qu'effectivement, les patients connaissent tous les dangers qu'encourent la prise de ces substances et sont conscients qu'ils devraient arrêter, mais qu'ils ne le font pas et le regrettent. Pour lui "*la faiblesse de la volonté*", donc la non observance est généralement marquée par le conflit et le regret. Lors des entretiens, nous avons abordé cette notion de stéréotype, et d'image qu'ont les toxicomanes par rapport à la société. L'IDE 1 m'a expliqué pendant l'entretien, que pour ses prises en soins de personnes alcoolodépendantes, elle avait souvent affaire à un entourage qui pensait qu'il fallait juste arrêter de boire pour s'en sortir, et que c'était là un manque de volonté du patient.

Cette thématique n'était pas présente dans mon guide d'entretien, cependant lorsque l'infirmière l'a abordé cela m'a paru intéressant aussi de prendre en compte le regard extérieur que ce soit de l'entourage ou de la société a sur l'addiction. Car, ce regard extérieur peut impacter le patient dans son parcours de sevrage et favoriser sa non observance.

L'addictologie est un domaine qui m'intéresse énormément, je ne porte pas de jugement de ce type, car mes stages ont consolidé mon idée que les personnes ayant une addiction avaient une maladie chronique, et qu'il est très compliqué d'en sortir même si le patient est très motivé. Cependant, je ne pense pas qu'il faut minimiser ce facteur car au cours de mon stage, je me suis aperçue que pour certain patient, l'image qu'il renvoie, était réellement un frein dans la reprise de l'estime de soi. J'ai constaté des dires de l'entourage tels que *"De toute manière, il va reprendre à boire comme d'habitude, ça ne sert à rien de faire un sevrage"* qui ont par la suite conduit à une non observance du patient. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'accompagnement en addictologie est aussi important.

### **6.3 L'accompagnement d'un patient en addictologie.**

Selon le dictionnaire des concepts et soins infirmiers : *"Accompagner signifie être avec, dans une situation donnée, de façon ponctuelle ou durable pour conduire une autre personne (ou un groupe) vers un changement certain. L'accompagnement peut être spontané, volontaire, professionnel... Dans le contexte soignant, il nécessite des outils relationnels permettant de vivre cette interprétation aidante comme un processus naturel et réciproque."*

D'après, l'article *"Établissement d'un lien thérapeutique en addictologie"*, B. Badin de Montjoyes, explique que la prise en soin en addictologie commence par une visualisation de la psychopathologie du patient et de son parcours de soin : si c'est sa première hospitalisation, ses rechutes, les difficultés qu'il a pu rencontrer. Pour lui, l'accompagnement est la mise en place d'une relation de confiance par l'écoute active et l'empathie. L'auteur explique que le soignant ne doit pas avoir de préjugé ou ne doit pas prendre en compte les stéréotypes qui peuvent exister autour du patient souffrant d'addiction. Pour prendre en soin un patient en addictologie, il faut savoir évaluer la situation du patient dans sa globalité en évoquant avec lui son vécu, puisant dans son capital culturel et symbolique.

Cette démarche permet de mieux comprendre les attentes du patient dans sa démarche de soin. De plus, il insiste sur l'importance de la continuité des soins et de l'orientation du patient dans son sevrage.

Cette démarche de prise en soins expliquée par B. Badin de Montjoyes est similaire avec celle réalisée par les infirmières, avec lesquelles j'ai réalisé mes entretiens. En effet, elles expliquent toutes les deux qu'elles réalisent des entretiens infirmiers avec le patient où elles évoquent avec lui ses difficultés, ressources, et entourage, ce qui leurs permettent d'évaluer le patient pour ajuster leur prise en soin et l'orienter soit vers une hospitalisation, soit vers une autre structure plus adaptée. Julie insiste sur le fait qu'il faut s'adapter au rythme du patient, et par moment savoir repousser une hospitalisation, car le patient n'est pas dans une démarche de sevrage.

De plus, elles se rejoignent sur la posture à adopter avec le patient, qui se doit d'être bienveillante et rassurante, qu'il faut être à l'écoute du patient et ne pas porter de jugement envers lui.

En effet, cette vision de la prise en soins s'accorde avec l'idée que je m'en faisais. Ayant pris en soins des patients présentant des addictions lors de mes différents stages, je me suis rendue compte que le soin relationnel était primordial et que l'établissement d'un lien de confiance en était les fondations. Cependant, lors de mes recherches et entretiens, je trouve que l'on aborde peu l'aspect médicamenteux de ces prises en soin. Selon moi, il fait partie intégrante d'une prise en soin en addictologie car il permet au patient de se substituer aux substance psychoactives qu'ils consomment. De plus, il faut avoir une certaine vigilance par rapport à ces traitements car eux aussi peuvent entraîner une dépendance. C'est là toute la subtilité, car ils permettent aux patients de "se libérer" de leur addiction par exemple aux opiacés, mais peuvent aussi en entraîner d'autres. Cette surveillance est selon moi d'autant plus importante lorsque l'on a affaire à un patient non observant.

#### **6.4 Prise en soins d'un patient non observant en addictologie**

Les infirmières expliquent que lorsqu'elles sont confrontées à des patients non-observants, il n'y a pas de changement significatif dans la prise en soin. Elles réalisent plus de surveillances et d'entretiens, afin de savoir ce qui favorise cette non-observance et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. De plus, elles utilisent des outils tels que des stages de deux semaines, des activités de sophrologie ou des rencontres avec des associations d'anciens consommateurs.

Ils permettent une approche différente de l'addiction, d'aider le patient à s'inscrire dans son parcours de sevrage et devenir acteur de ses soins.

En ce qui me concerne, dans un premier temps, je ne savais pas quoi faire face à un patient non-observant, si ce n'est de lui expliquer l'importance de s'impliquer dans sa prise en soin.

Grâce aux échanges réalisés avec les infirmières, j'ai compris qu'il fallait s'adapter à chaque patient et faire le point avec lui de ce qu'il attend de sa prise en soin, des difficultés qu'il peut rencontrer et ensuite envisager les différentes solutions qui s'offrent à lui pour y remédier. Par ailleurs, j'ai appris que lorsque nous avons affaire à des problèmes sortant de nos compétences, nous pouvons l'orienter vers des activités ou des professionnels de santé tels que des psychologues ou même assistantes sociales, qui pourront les aider à pallier certaines de leurs difficultés. C'est là que le travail en pluridisciplinarité prend tout son sens.

Selon moi, la non-observance faisait donc partie des limites d'une prise en soin en addictologie.

### **6.5 Les limites d'une prise en soin en addictologie**

Lors des entretiens, nous avons aussi abordé les limites d'une prise en soin en addictologie. Ici, l'opinion des deux infirmières diverge.

Pour Julie, il faut savoir quel est notre rôle dans l'accompagnement du patient. Elle explique que : " nous sommes une marche qui aide le patient à atteindre ses objectifs. Mais qu'il ne faut pas se prendre pour l'escalier". Ce qu'elle veut expliquer par cette comparaison, est que nous sommes une ressource pour le patient mais nous ne pouvons pas faire les choses à sa place. Enfin, elle aborde la limite de temps et de lieux qui peut devenir un frein.

Pour Catherine, les limites seraient lorsque le patient se montre irrespectueux voire agressif envers l'équipe. En effet, elle part du principe que nous sommes là pour l'accompagner, et qu'il doit y avoir du respect de la part du patient et du soignant.

Pour ma part, je pensais que les limites d'une prise en soin en addictologie étaient liées au patient. J'entend par là que si les patients ne sont pas motivés et qu'ils ne veulent pas se sevrer, il ne peut pas y avoir de prise en soin.

En santé et notamment en addictologie, le patient ne peut pas se soigner s'il n'en a pas envie. A mon sens, se soigner d'une dépendance entraîne beaucoup de concessions.

C'est un changement de vie. Il faut savoir se séparer des personnes de notre entourage qui influencent les consommations de stupéfiants, que ce soit des personnes qui elles-mêmes consomment, mais aussi des personnes qui sont néfastes pour la santé psychique du patient et entraîne alors des consommations.

De plus, c'est un changement d'hygiène de vie, alimentaire, la reprise d'une activité professionnelle et d'une organisation du quotidien. Beaucoup d'efforts qui participent à l'abstinence, mais qui sont très difficiles à mettre en place.

En outre, grâce aux entretiens réalisés avec les infirmières, je me suis rendu compte que beaucoup de facteurs pouvaient influencer la prise en soin tels que la relation de soins, l'environnement, le respect et le non-jugement, qui pouvaient aussi à leur échelle devenir une limite dans la prise en charge en addictologie.

Comme citée en début de partie, la motivation est un facteur prépondérant sur la prise en soin en addictologie et il me semble judicieux de l'approfondir.

## **6.6 Les motivations**

Lorsque j'ai rédigé mon cadre conceptuel, j'ai trouvé cela important d'y insérer la notion de motivation. En effet, selon moi, la motivation est au centre d'une prise en soin en addictologie. C'est ce qui va permettre au patient d'entamer une démarche de sevrage et de s'y tenir. Cette notion de motivation peut être une ressource, mais aussi un frein pour le patient. En effet, lorsque le patient ne trouve pas d'objectif ou de raison de se sevrer, il ne s'inscrit pas dans son parcours de soin car il n'en voit pas le but. De plus, la motivation peut être un frein parce que malgré l'envie du patient de sortir de cette dépendance, il existe tout de même des risques de rechute qui font aussi partie du parcours de soin. Lorsqu'ils sont motivés et qu'ils se remettent à consommer, la déception est encore plus grande pour eux et la plupart du temps, cela engendre une culpabilité importante. Par conséquent les patients ne sentent plus capable d'arriver à se sevrer.

Il existe deux types de motivations décrites dans le dictionnaire des notions et concepts infirmiers. La première est la motivation extrinsèque. Cette motivation se définit lorsque le patient agit dans l'intention d'obtenir des résultats lors de la prise en soin, comme éviter de se sentir coupable, de gagner l'approbation de ses proches. La seconde, la motivation intrinsèque, est lorsqu'un patient s'inscrit dans un parcours de soins pour lui et non pour faire plaisir à son environnement.

Lors de mes différents stages, j'ai pu retrouver ces deux types de motivations.

Certains patients venaient parce que leur famille avait insisté. D'autres parce qu'ils avaient eu un retrait de permis et étaient donc obligés de faire un sevrage pour le récupérer. Il y avait aussi des patients qui n'étaient plus satisfait de leur situation et souhaitaient changer pour avoir une "meilleure vie".

De plus, Albert Bandura explique que la motivation vient du sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire lorsqu'un individu se sent capable ou non de réussir à réaliser ses objectifs. Ce dernier explique : *"il ne suffit pas de savoir ce que l'on veut pour être motivé, il faut également s'estimer capable de le faire."*

Lors de mon entretien avec Julie, elle explique que la caractéristique d'un patient présentant une addiction est d'abord une personne avec un manque d'estime de soi. Les patients présentant un manque d'estime d'eux n'ont pas confiance en leurs capacités de réussir. D'abord parce qu'ils renvoient une image péjorative à la société et à leur entourage, qui peuvent par conséquent tenir des propos dénigrant à leur sujet. Ces propos vont alors renforcer l'idée qu'ils ne sont pas de "bonne personne " ou qu'ils ne sont pas capables d'atteindre leurs objectifs. Ce qui peut entraîner un cercle vicieux. La personne ne va pas avoir confiance en elle et ne va donc pas entamer de sevrage et continuer, voire majorer ses consommations. Ce comportement va donc renforcer l'image péjorative que les patients renvoient mais aussi l'idée qu'ils ne sont pas capables de se soigner.

Je n'ai pas abordé la notion de motivation telle quelle dans mes entretiens. Cependant, j'ai pu constater que les deux infirmières incluent la notion de motivation lorsqu'elles abordent la prise en charge d'un patient en addictologie. En effet, elles expliquent que lors des évaluations, elles font le point sur les ressources du patients, ses objectifs et son environnement qui sont des composantes essentielles liées à la motivation.

### **6.7 Pour aller plus loin**

Durant les entretiens avec les deux infirmières, nous avons abordé des thématiques qui ne rentrent pas dans le mémoire mais qu'il me semble intéressant d'évoquer. J'ai décidé d'en présenter trois d'entre eux.

### **6.7.1 L'abstinence totale**

En effet, lors de l'entretien avec Julie, une question m'est venue. Cette question est la suivante : *“Qu'est-ce que vous pensez des patients qui souhaitent être plus dans une démarche de maîtrise de leurs consommations plutôt que l'abstinence complète ?”*. Certains patients ne se voient pas arrêter complètement de boire et souhaitent plutôt gérer leur consommation, car l'alcool est une culture en France qui a un côté festif et social. Il est donc difficile pour ces patients de ne plus partager ce côté “bénéfique” que peut avoir l'alcool en société. Julie explique que dans certains cas, cela est envisageable, par exemple une personne qui s'est mise à boire pendant le confinement et qui a voulu rectifier le tir rapidement. Ce sont des patients qui ne présentent pas de signes physiques de sevrage comme des tremblements ou des sueurs dès le matin. Mais globalement, lorsqu'une personne souffre de dépendance à l'alcool, la seule façon de se sevrer et de ne pas rechuter, c'est l'abstinence complète.

### **6.7.2 Inscription anonyme**

Lors de l'entretien avec Catherine, elle a notifié qu'il était possible de s'inscrire de manière anonyme pour un suivi en addictologie. En effet, elle explique qu'elle rencontre des patients qui sont parfois cadre dans une grosse société, ou même faisant partie du corps médical, et qu'ils ne souhaitent pas que leur entourage ou l'établissement où ils travaillent, soient au courant de leur addiction. Je pense que beaucoup de patients en addictologie ont un sentiment de honte car c'est une maladie chronique peu connue finalement de la société, et qui génère beaucoup de jugement. On peut penser par exemple qu'une personne toxicomane n'est pas capable de remplir les tâches qu'on lui demande dans son exercice professionnel. Catherine nous explique bien que beaucoup de ses patients ont une vie de famille, une vie sociale et exercent une profession, et que cela n'est pas incompatible.

Pour ma part, le respect de la vie privée d'une personne est primordial. L'inscription anonyme permet de renforcer le secret professionnel et incite le patient à entrer dans une relation de confiance.

### **6.7.3 Le CAARUD**

De plus, Catherine a évoqué qu'elle est en lien avec le CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues.).

Les CAARUD s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soin, ou dont les modes de consommation ou les produits qu'elles consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc... L'objet de l'association est d'identifier et faire connaître l'ensemble des besoins des personnes touchées par l'infection à VIH, ou toute infection s'y rattachant.

Le 11 octobre 2016, la France ouvrait sa première « salle de consommation à moindre risque » à Paris, malgré les craintes des riverains. En effet, à l'ouverture de ces « salles de consommation à moindre risque » beaucoup de personnes étaient contre ce projet. Ils pensaient que cela serait l'incitation à consommer de la drogue, ou cela laisserait supposer que l'on accepte que des personnes se « droguent ».

Je pense que les CAARUD sont bénéfiques, car les patients ont moins de risques d'attraper de maladies ou infections virales. Cela limite aussi l'exposition des produits ou matériels à la population. De plus, les professionnels y travaillant, essayent de convaincre les personnes de moins consommer, voire de se sevrer et peuvent les orienter rapidement vers des structures adaptées.

### **6.8 Cheminement vers ma question de recherche**

De cette discussion, est ressorti que les patients présentant des addictions venaient de toutes classes sociales. Un patient non-observant est défini soit comme une personne qui « manque de volonté » ou comme une personne qui ne suit pas les règles hygiéno-diététiques ou activités proposées par les professionnelles de santé, car son caractère ou sa personnalité ne permet pas de suivre un cadre strict. L'accompagnement en addictologie comporte beaucoup de soins relationnels avec des entretiens et des évaluations des besoins, ressources et difficultés du patient. Nous avons vu au cours de cette discussion que la non-observance d'un patient n'impacte pas particulièrement la prise en soin des infirmières, car nous ne pouvons pas faire le sevrage à la place du patient, ni le forcer. Les limites d'un accompagnement seraient plutôt le non-respect, le temps et la position que l'on occupe.

Enfin, dans les différents thèmes abordés en fin de discussion, un a particulièrement attiré mon attention. En effet, nous avons vu que des associations comme le CAARUD permettaient à des patients qui ne sont pas du tout dans une démarche de sevrage, d'être informés sur les dangers des stupéfiants ou autres drogues.

Ces centres permettaient également de conseiller et d'orienter les patients vers des structures adaptées, qui peuvent leur permettre de rentrer dans un parcours de soin. Finalement ce n'est pas la non-observance d'un patient qui impacte le prendre soin infirmier, mais la relation qu'entretiennent un patient et un soignant qui influence cette observance, et l'investissement du patient dans sa démarche de sevrage. C'est pourquoi ma question de recherche sera : "En quoi une relation soignant-soigné peut-elle impacter l'observance d'un patient en addictologie ?"

## **7- CONCLUSION**

Ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers m'aura permis de me questionner sur ma posture professionnelle de demain. Le travail de recherche d'informations et d'investigation auprès de différents professionnels permet de confronter des points de vue parfois divergents ou concordants. Ainsi, il nous fait réfléchir sur notre prise en soin et peut nous aider à mieux comprendre ou appréhender des situations complexes. Lors de l'écriture de mon mémoire sur le thème de l'addictologie, je parlais avec mon expérience, mes connaissances et mes convictions. Durant cette dernière année de formation, et de part mon travail engagé dans ce mémoire, j'ai pu me rendre compte que toute vérité n'était pas absolue. Il n'y a pas de prise en soin parfaite. J'entends par là que chaque patient est différent ainsi que chaque soignant. De ce fait, nous ne vivons pas les mêmes expériences face à une même situation. C'est pour cela qu'il est intéressant de se remettre en question et d'ouvrir son esprit sur tous les champs des possibles grâce aux écrits des auteurs mais aussi en échangeant avec d'autres infirmiers qui pourront nous apporter des réponses à nos questionnements.

Cette réflexion m'a permis de comprendre que tout le monde peut être confronté à des addictions. L'importance dans la posture professionnelle réside dans le non-jugement, l'écoute et l'évaluation afin de pouvoir accompagner au mieux le patient. Elle m'a permis de comprendre que des facteurs comme la non-observance qui selon moi était une limite, n'en était pas forcément une. Également, j'ai pu prendre conscience qu'une prise en soin en addictologie ne relève pas seulement de la motivation, de l'observance mais qu'elle est plurifactorielle. Je me suis rendu compte que la relation soignant-soigné et l'instauration d'une confiance mutuelle étaient la clef pour une bonne prise en soin.

Cette expérience aura été riche et intéressante. Par ailleurs, ce sujet me tenait d'autant plus à cœur que mon projet professionnel est de devenir infirmière en addictologie. Le fait de renforcer mes connaissances sur l'addictologie grâce à mes recherches et mes rencontres fut un réel plaisir.

Cependant, il m'est difficile de transposer à l'écrit mes réflexions ou questionnements sur les prises en soin. Cela a été un exercice complexe de mettre des mots sur ma vision du soin. Mais grâce à ce travail d'écriture, j'ai compris que j'en étais capable.

## **Bibliographie**

### Ouvrage :

PAILLARD, C (2016) Dictionnaire des notions et concepts en soins infirmiers (3eme édition)

### Article :

FENOUILLET, F (2015), D'où vient la motivation, Science humaine n°258 (p 34-38)

BADIN DE MONTJOYE, B (2016), Établissement d'un lien thérapeutique, Éthique et Santé

VALLEUR, M (2009), La nature des addictions, Psychotropes (p 21 à 44) Vol 15  
<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2009-2-page-21.htm>

VALLEUR, M (2009), La nature des addictions, Psychotropes (p 21 à 94) Vol 15  
<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2009-4-page-71.htm>

REACH, G (2009), La non observance une question complexe, un problème crucial de la médecine,  
Vol2  
[https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/la\\_non\\_observance\\_therapeutique\\_une\\_question\\_complexe\\_un\\_probleme\\_crucial\\_de\\_la\\_medecine\\_contemporaine\\_271446/article.phtml?cle\\_doc=00042456&em\\_x=22](https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/la_non_observance_therapeutique_une_question_complexe_un_probleme_crucial_de_la_medecine_contemporaine_271446/article.phtml?cle_doc=00042456&em_x=22)

MOTTAZ, A, (2012) Les concepts en sciences infirmières (p 42 à 43)  
<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-42.htm>

REACH, G (2009), Non observance thérapeutique et addiction, deux manifestations de l'impatience,  
Psychotropes (p 71 à 94) vol 15  
<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2009-4-page-71.htm#pa7>

SANCHEZ, L (2017), "Première « salle de shoot » : un an après, un bilan global positif selon la mairie de Paris", Le Monde  
[https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/10/12/premiere-salle-de-shoot-un-an-apres-un-bilan-global-positif-selon-la-mairie-de-paris\\_5199906\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/10/12/premiere-salle-de-shoot-un-an-apres-un-bilan-global-positif-selon-la-mairie-de-paris_5199906_3224.html)

PAUL, M (2012), Recherche en soins infirmier, n°110 (p 13 à 20)  
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>

**Site Web :**

Définition addiction sur le site drogues.gouv.fr

<https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addictio>

HÔPITAUX DE GENÈVE, (2017), Concepts de base, planches de la pharmacothérapie des addictions|

<https://pro.addictohug.ch/observance-therapeutique/>

La non observance sur le site prévention médicale

<https://www.prevention-medicale.org/Revue-de-questions-thematiques/Toutes-les-revues-de-questions/Patients-difficiles-conflits-avec-les-patients/La-non-observance-therapeutique-une-question-complexe>

Registre français du social et du médico-social, Les Caaruds à Rennes

<https://annuaire.action-sociale.org/?p=caarrud-rennes-350045399&details=caracteristiques>

Définition de la motivation sur le site la langue française

<https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/motivation>

Définition l'observance sur le site la langue française

<https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/observance>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, (2019), Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes : feuilles de route 2019-2022  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>

Cours :

Psychiatre: Dr DUBOIS Vincent-Henri / IDE: Mme FAÇON Anne-Gaëlle et M. CLEMENT Maxime  
L'alcoolodépendance (IFSI CHU RENNES)

Thèse :

RENARD, M (2015) Facteurs addictologiques liés à l'adhésion au suivi, de patients pris en charge en centre ambulatoire en alcoologie  
[http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2015\\_RENARD\\_MATTHIEU.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_RENARD_MATTHIEU.pdf)

## Annexe I

### Guide entretien

Bonjour, je me présente : je m'appelle Justine, je suis étudiante en troisième année d'infirmière. Dans le cadre de ma formation je dois réaliser un mémoire de fin d'étude. Mon sujet de mémoire porte sur le thème de l'addiction et notamment la non observance dans un service d'addictologie.

Ma problématique est la suivante : En addictologie, dans quelle mesure la non observance d'un patient impacte le prendre soin infirmier ?

J'aimerais aborder avec vous cette thématique afin d'avoir le point de vue d'un professionnel de terrain sur ce sujet.

Pouvez-vous vous présenter et m'expliquer votre parcours professionnel ?

Demandez à l'IDE pourquoi elle a choisi ou non de travailler en addicto ? Qu'est ce qui l'intéresse en addICTO

Est-ce un choix de votre part de travailler dans l'addictologie ?

#### Objectifs 1 : Définir un patient ayant des addictions

Selon vous, quelles sont les caractéristiques d'un patient en addictologie ?

Quel type d'addiction retrouve-t-on dans votre service ?

#### Objectifs 2 : Définir la prise en soin d'un patient en addictologie

Comment prenez-vous en soins un patient en addictologie ? Y-a t-il des spécificités lors d'une prise en soin en addicto

Selon vous, quelle est l'importance de la mise en place d'un contrat de soin en addictologie ?

#### Objectif 3 : Expliquer la prise en soin en addictologie d'un patient non observant

Y-a t'il des particularités chez un patient non observance en addictologie ?

Comment prenez-vous en soins un patient non observant ? est-elle similaire à une prise en charge d'un patient observant ? Comment prévenir un patient non observant ?

Selon vous, un patient non observant à plus de risque de faire une rechute ?

Y-a t'il des outils ou approches qui vous aident à prendre en soins un patient non observant ?

Objectifs 4 : Définir les limites et les facteurs favorisant ces limites d'une prise en soin en addictologie.

Y-a t'il des limites lors d'une prise en charge en addictologie ?

## ANNEXE II

### 1 ère retranscription

Bonjour, je me présente : je m'appelle Justine, je suis étudiante en troisième année d'infirmière. Dans le cadre de ma formation je dois réaliser un mémoire de fin d'étude. Mon sujet de mémoire porte sur le thème de l'addiction et notamment la non observance dans un service d'addictologie.

Ma problématique est la suivante : En addictologie, dans quelle mesure la non observance d'un patient impacte le soin infirmier ?

J'aimerais aborder avec vous cette thématique afin d'avoir le point de vue d'un professionnel de terrain sur ce sujet.

Pouvez-vous vous présenter et m'expliquer votre parcours professionnel ?

Demandez à l'IDE pourquoi elle a choisi ou non de travailler en addicto ? Qu'est ce qui l'intéresse en addicto

Infirmière : Je m'appelle Julie, je suis infirmière dans le service addictologie et hépatologue au CHU de Rennes. Ça fait huit ans que j'y travaille. J'ai passé mon DU addicto pour me spécialiser sur la prise en charge justement en addictologie. Et avant d'entrer dans ce service, j'ai travaillé sur tout le pôle abdomen comme infirmière de remplacement.

Etudiante : Est ce vous qui avez choisi de travailler dans ce service d'addictologie car ça vous a attiré ?

infirmière : J'ai tourné dans beaucoup de services qui m'ont permis d'apprendre beaucoup de choses différentes et je me suis rendu compte que c'est ce service là qui m'a le plus interpellé parce que justement on pouvait à la fois avoir du soin technique et à la fois du soin relationnel. On peut être plus dans l'empathie et dans le relationnel avec les patients. Après, est ce que c'est un choix, c'est à dire que oui, j'avais envie d'y rester mais c'est surtout que j'ai eu la chance de pouvoir y rester.

Etudiante : Donc ce qui vous attire dans l'addictologie c'est de pouvoir réunir dextérité et soins relationnels

Infirmière : Oui voilà parce que je pense que c'est un métier qu'on a envie de faire parce qu'on aime les gens. On a envie de les aider et les aider par la technique c'est pas tout à fait suffisant. Par les soins techniques on sait qu'on les aide, on sait que poser une perfusion c'est pour permettre de donner des traitements donc permettre une guérison mais il n'y a pas de retour direct. C'est à dire qu'en réalité on fait mal au patient pour le piquer. Donc, directement il y avait quelque chose d'un peu violent pour moi. Même si j'aime bien l'idée de bien réaliser un geste et de bien le faire, il y avait ce côté où on fait mal au patient. Le soin relationnel c'est quelque chose où vous avez l'impression qu'on peut intervenir sur une détresse peut être morale à un moment donné et où vous pouvez aller de votre expérience, de ce que vous avez appris et permettre de dénouer de l'anxiété par exemple juste en discutant.

Alors je dis juste en discutant, on ne parle pas de la pluie et du beau temps. Après ce soin là, il est tout aussi difficile que les soins techniques dans la mesure où ça demande une implication personnelle. Donc ça demande beaucoup de disponibilité personnelle qui nécessite d'être en bonne forme, d'être à l'écoute. Parce qu'on est interrompu en permanence, parce qu'il faut aller vite, parce qu'il y a le téléphone, il y a les familles.

Étudiante : Selon toi quelles sont les caractéristiques d'un patient en addictologie ?

Infirmière : Ce qui se voit en premier c'est de la précarité. Des gens qui ont déjà perdu leur travail, qui ont des problèmes familiaux voire pas de famille car détruite. Tout ça sont les conséquences de l'addictologie mais pas seulement, ça peut être aussi l'origine. C'est-à-dire, quelqu'un qui dans la vie ne va pas réussir à s'en sortir, elle va peut être vouloir se réfugier ou se faire attraper par le problème de l'alcoolisme par exemple. La caractéristique pour moi fondamentale c'est un manque d'estime de soi. Tout part d'un manque d'estime de soi par un problème d'attachement peut être des parents dans l'histoire du patient. Cela peut vraiment déclencher des comportements à risque et des comportements d'addictions puisque l'addiction au départ on se fait attraper par un produit car le produit vient nous reconforter, vient combler un vide que l'on ressent donc ça marche au départ puis après ça ne fonctionne plus il faut toujours plus de produit

Étudiante : Vous trouvez qu'elle type d'addiction dans votre service ?

Infirmière : A Vincent de Paul c'est principalement de l'alcool auquel s'ajoute souvent le tabac, cannabis. Et on a de plus en plus des jeunes avec des "drogues dures" (cocaines) Là, on a eu un jeune qui avait pris de la kétamine. Des comportements de plus en plus extrêmes avec des problématiques qui arrivent très jeunes. Nous sommes un service qui reçoit des patients en phase aiguë venant des urgences par exemple, mais aussi des gens qui souhaitent se faire soigner. A la fois des gens qui se font soigner en ville et qu'on ne voit pas, et qui pour la plupart d'entre eux réussissent à s'en sortir. Et à la fois des gens qui ne se soignent pas encore, donc arrivés chez nous trop tardivement et donc présentes des maladies liées à leur consommation ou alors des jeunes qui réagissent parce qu'ils ont bien été entouré et on bien mesuré la gravité de leur situation et l'urgence à réagir.

Étudiante : D'où ma question suivante, Comment prenez-vous en soin un patient en addictologie, est ce qu'il y a des spécificités particulières ?

Infirmière : Alors la différence peut être avec une prise en soin sur une pathologie, c'est que une pathologie par exemple un cancer du foie où on va pas forcément avoir de solution. On identifie le problème, ça vient de telle cause. Et donc là on est en mesure de dire, alors oui vous venez pour tel problème, on va vous proposer ça comme traitement, ça comme suivi et on essayeras d'améliorer votre confort de vie. En addictologie, la différence c'est que on est sur une maladie également, mais une maladie qui est perçue de manière péjorative déjà. C'est-à-dire que c'est mal vu. Quelqu'un qui est malade de l'alcool, on va le traiter "d'alcoololo" et on va considérer qu'il pourrait faire des efforts quand même. Parce que c'est une maladie qui n'est pas trop connue et on croit toujours que c'est les gens qui ne font pas assez d'efforts or je ne connais pas un seul alcoolique qui n'a pas envie d'arrêter de boire.

Y-a toujours un moment où il y a tellement d'inconvénients, ou le corps est tellement abîmé, la personne a perdu l'estime d'elle donc l'envie de vivre et donc elle va jusqu'au décès. Soit la personne essaye de s'en sortir mais il y a beaucoup de paramètres à mettre en place pour que la personne puisse trouver les ressources pour se battre contre cette addiction. Puisqu'on sait bien que les addictions, il y a la volonté et il y a ce que le produit génère au niveau du cerveau, c'est à dire parfois un craving tellement fort qu'on ne peut pas se retenir. Et puis le cerveau se souvient du bienfait du départ de cette maladie. C'est-à-dire qu'au départ c'était réconfortant et apaisant. Il y a toujours cette recherche du réconfort or au fur et à mesure, ce réconfort n'arrive plus jamais, ça devient un "assommoir" pour ne plus ressentir, le but c'est d'anesthésier. Donc la différence avec d'autres pathologies, alors il y a la perception par eux, par les soignants et même par les médecins qui n'est pas toujours bienveillante. Il y a aussi cette notion de chronicité, de durée dans le temps où on chute, on rechute. Il faut toujours recommencer les mêmes efforts, c'est extrêmement douloureux et épuisant. Quand on a été abstinent deux ans et qu'on rechute, c'est absolument terrifiant car il faut tout recommencer. alors c'est l'impression que les patients ont alors qu'en réalité ils ont déjà passer des étapes.

Nous ce qu'on apporte c'est du lien médicaux mais qui parfois devient du lien social. On voit des gens qui arrivent à Vincent de Paul et qui sont un peu comment dire comme chez eux. Ils viennent se faire soigner et en même temps ils se sentent bien chez nous car on devient un soutien pour eux mais lorsqu'ils doivent partir. Par moment il n'ose pas rappeler car ils ont honte d'avoir rechuté c'est à nous de leur redonner la dynamique que c'est une maladie difficile et longue à combattre donc il faut revenir.

Etudiante : Quelles est pour vous l'importance de la mise en place d'un contrat de soin lors de votre prise en soin ?

Infirmière : Le contrat de soin est important dans la mesure où il faut aussi que les patients se rendent compte qu'ils ont de la chance d'être pris en charge chez nous. Alors de la chance, ce que je veux dire par là c'est que bien sûr ils ont le droit d'être pris en charge comme tout à chacun mais il y a beaucoup de demandes, il n'y a pas beaucoup de lits. Il faut savoir que sur Rennes il n'y a pas beaucoup de structures d'accueil pour les gens en difficultés notamment sur les problèmes d'alcool. Donc, ce sont quelque part des places chères. Ce qu'on à envie par le contrat de soin c'est que quand ils viennent chez nous c'est qu'ils soient un minimum prêt à faire la démarche. Que ce ne soit pas juste parce que au travail c'est difficile et ils ont besoin de faire une pause mais la vie étant ce qu'elle est il faut justifier de toutes les pauses. Il faut un arrêt de travail justifier. On voit parfois des gens qui vont être un peu sur ce penchant pour dire "je vais demander un sevrage à Vincent de Paul comme ça, ça va me faire passer trois semaines cool". Attention c'est l'exception quand même. Le contrat de soin c'est ce qui fait que chacun a sa part de travail à faire. C'est une considération qu'on a pour eux, comme un être vivant doué de réflexion, d'attention et de capacité donc il faut qu'il soit capable pendant une semaine de ne pas se réalcooliser, d'accepter ce qu'on leur propose comme soin aussi. A savoir être dans les chambres au moment des passages infirmiers. De voir un addictologue, de faire de la sophrologie. Voilà c'est des soins qu'ils ne connaissent pas forcément qu'ils ne vont pas avoir envie de faire. Nous ce qu'on leur demande c'est d'essayer. On veut qu'il tente des choses pour qu'il retrouve du dynamisme et casser ce mécanisme de repli sur soi ou il se ferme aux autres et à tout. Et de proposer de petites choses comme ça c'est aussi leur mettre un pas en face d'autres personnes. Le contrat c'est ce qui permet aux gens d'accepter un minimum de ce qu'on va leur proposer et que

ce soit un échange que ça reste pas du tout cuit. Parce que le tout cuit ne fonctionne pas. On ne pourra pas tout faire pour eux, ils devront investir un minimum les choses pour que ça fonctionne.

On a vu des personnes qui arrivaient extrêmement alcoolisé et dès le lendemain ça leur paraissait insurmontable parce qu'en réalité ils ne venaient de leur propre envie. Ils venaient sur les conseils de la famille, du médecin traitant mais sans en être eux même convaincus. Et dans ce cas là ça ne peut pas fonctionner il faut que le patient soit décidé à faire quelque chose. Après, il a le droit de ne pas y arriver. Mais il faut que le point de départ soit la personne soignée. Donc si un patient se réalcoolise c'est oui il n'était pas prêt et donc on arrête l'hospitalisation. Ça peut paraître dur mais en réalité après c'est réévaluer par le médecin et on propose aux patients dans ce cas là de revenir plus tard.

Etudiante : Quelles sont selon vous les particularités d'un patient non observant en addictologie ?

Infirmière : Un patient non observant, c'est un patient qui potentiellement n'est pas venu de lui-même. Il y a plusieurs cas, il y a des injonctions de la justice parfois ou c'est pour récupérer un permis éviter la prison. La non observance elle va être moins flagrante parce qu'ils ont vraiment un enjeu derrière cette hospitalisation mais on sent bien qu'il n'y a pas la motivation. Par exemple, ça peut être un refus d'aller en sophrologie. Ils savent bien que ça ne va pas les expulser. La non observance c'est ce que je disais tout à l'heure c'est lorsque quelqu'un va être tellement mal dans sa peau, tellement peu sûr de lui, tellement honteux qu'il ne va pas vouloir faire les groupes de paroles ou autres parce que ça va être trop dur de se présenter aux autres.

Les patients non observants ça peut être ceux qui ne viennent pas de leur propre chef ou on sent que c'est la famille derrière qui est très demandeuse. Évidemment la famille souffre énormément mais comme ça ne vient pas du patient la motivation n'est pas au rendez vous. Il peut y avoir un refus de soin à un moment ou à un autre. Ça peut être aussi lié à l'addiction en elle-même, le "craving" cette impulsion incontrôlable qui peut les emmener comme des zombies jusqu'au supermarché à côté. C'est-à-dire il y vont il ne réfléchisse plus l'objectif c'est de boire de l'alcool. Et, ils reviennent complètement dépités parfois ils boivent beaucoup en très peu de temps. La non observance va être induite par l'addiction elle-même. Il ne le font pas exprès, ça été plus fort qu'eux malgré une motivation de départ c'est pas incompatible.

Etudiante : Avez vous des patients par exemple qui viennent et qui veulent partir mais que vous ne pouvez pas forcément les laisser partir avant le sevrage mais qui exprime verbalement qu'ils ne veulent pas se faire soigner et que ça les dérange pas d'avoir une addiction et que par conséquent ils ne participent pas aux soins et n'échangent pas avec vous ?

Infirmière : Alors des patients comme ça qui "fanfaronne", ceux qui disent "oui de toute façon j'ai pas besoin de vous, de toute façon moi j'aime boire et j'ai envie de continuer" soit cela ils ont été vu au urgences et on les laisse repartir puisqu'ils ne demandent pas de soin.

Soit quand il arrive chez nous alcoolisé et que dès le lendemain ils ont un discours comme celui-ci, on remarque que finalement ce n'est que le témoignage d'une grande détresse, c'est que ça leur paraît insurmontable.

C'est une forme de déni, c'est à dire je ne veux pas voir la gravité de ce que j'ai donc je vais faire croire que c'est pas grave, je vais me convaincre moi-même que c'est pas grave et que j'ai pas de problème.

Nous avons une jeune fille qui a 29 ans qui vient depuis qu'elle à 20 ans pour des problèmes d'alcool. Encore aujourd'hui quand elle vient elle dit qu'elle vient car elle a une angine ou le covid alors qu'elle arrive avec 5 g d'alcool dans le sang. Elle est complètement dans le déni . Le seul progrès qu'elle a eu en huit ans c'est d'accepter le soin. C'est-à-dire qu'avant elle voulait partir en plein milieu de l'hospitalisation. Maintenant elle reste 7 jours mais en se leurrant que c'est pour une autre cause médicale.

Etudiante : Du coup pour ce type de patient non observant avez vous une prise en soins particulière ? Comment se passe votre accompagnement dans les soins ?

Infirmière : La seule chose que l'on peut faire nous c'est de leur ré expliquer l'intérêt de ce sevrage qui dure sept jours. De dire, que sept jours finalement c'est pas si long dans leur vie. Ça peut déclencher des sensations physiques. C'est à dire des gens qui ne sont plus à jeun depuis X temps, là à nouveau il retrouve un corps et surtout une lucidité qu'ils ne connaissaient presque plus pour certains. On leur explique le bénéfice de ce sevrage. On essaye de les écouter aussi et de ne pas leur dire "bas écouter vous n'avez rien compris, faut le faire sinon ça va mal se passer pour vous". Ça ne sert à rien de faire la morale. Globalement quand on se pose avec eux et qu'on discute on est vraiment dans l'empathie et le but c'est qu' ils comprennent que ce sont eux les acteurs et que nous on aura beau être là et leur proposer vingt cinq milles soins, le travail ne pourra pas se faire sans eux. Donc peut être capable de leurs dire, écouter pour vous ça ne semble pas être le moment pour un sevrage donc on peut reprogrammer l'hospitalisation plus tard. De leur dire de contacter quand même leur médecin addictologue ou généraliste régulièrement. On les laisse jamais partir sans proposer un suivi. C'est la seule chose que l'on puisse faire, on ne peut pas contraindre quelqu'un à se soigner. C'est toujours une participation des deux. Donc nous, on peut juste leur dire qu'on est là, qu'on pourra les accueillir à nouveau et qu' on comprend bien que la c'est pas favorable pour eux dans leur vie, qu'ils ne sont pas forcément prêt pour ce sevrage. Dans cette situation prévenir ne soigne pas tellement il ajoute plus de la culpabilité pour le patient qui continue à boire malgré les dangers lié à l'alcool que l'on lui a expliqué. C'est important de leur en faire part mais pas de manière à les moraliser ou les culpabiliser mais à titre d'information.

On est obligé de suivre le rythme du patient. Les gens qui sont dans le déni c'est terrible on les voit se détruire en attendant qu'ils trouvent leur déclic.

Etudiante : Le cas de la patiente dont vous avez abordez est ce qu'elle a un suivis extérieur auquel cas est ce qu'elle est régulière dans son suivis ?

Infirmière : Alors oui elle est suivie à l'extérieur par un psychologue et par son médecin addictologue. C'est en fonction de comment elle va être. C'est-à-dire qu'il y a des périodes ou elle ne va pas bien et elle ne va pas y aller.

Et d'autre période ou elle va se sentir dans le besoin donc elle va recommencer d'abord un sevrage et puis après elle va tenir quelques mois son suivis. Et puis on ne sait pas pourquoi après elle va déclencher des grosses consommation et un arrêt du suivie.

A partir du moment ou elle revient toujours à l'hôpital que ce soit par les urgences ou par son médecin ou par ses parents. Elle retrouve toujours les mêmes personnes aussi donc le suivie se fait parce qu'elle habite à Rennes et qu'elle retrouve ces soignants.

Etudiante : Pensez vous qu'un patient non observant aura plus de risque de rechute en sortant qu'un patient observant qui a toute la volonté du monde ?

Infirmière : En réalité, la non observance ça peut dépendre aussi du caractère du patient. Il y a des gens extrêmement autonomes qui ne vont pas accepter d'avoir des horaires fixes lors d'hospitalisation ou pour les rendez-vous (exemple : il faut que vous allez à la sophrologie à 11H) qui ne vont pas supporter l'injonction à faire des choses. Ils ont un parcours de vie qui leur a donné une grande autonomie. Alors une autonomie virtuelle car en réalité ils dépendent de tout le monde comme la cas des sans abris. Qui ont pris l'habitude de n'avoir zéro contrainte et qui arrivent chez nous car leur corps ne supporte pas l'abus de consommation. Ils arrivent fatigués avec des neuropathies et vomissent tous les jours. Lorsque ça devient ingérable donc oui il décide mais j'ai vu un patient dormir par terre tellement il n'a pas l'habitude d'être dans le confort.

Ce que je veux te dire c'est que le caractère du patient va beaucoup jouer et finalement sa non observance c'est pas ça qui fait qu'il est plus à risque de reprendre ou pas. Sa non observance montre à quelle étape il est dans son parcours d'addiction. Si il est non observant c'est à dire qu'il lutte encore pour sa liberté, il veut encore penser qu'il peut décider des choses. Malheureusement nous avec le recul on sait que c'est le produit qui le mène. Je pense qu'effectivement que le risque de rechute après ça représente plutôt le reflet de ou il en sont dans leurs démarche de sevrage.

Etudiante : Qu'est ce que vous pensez des patients qui souhaitent être plus dans une démarche de maîtrise de leurs consommations plutôt que l'abstinence complète ?

Infirmière : Il y en a ou c'est possible c'est -à -dire ils ont pas encore une dépendance physique à les faire trembler le matin. Ils sont sur une pente d'accélération de leur consommation mais ils ne sont pas encore rentrés dans la dépendance physique au sens strict du terme. Est ce que c'est très difficile, oui car s'ils ont déjà connu cette accélération. A quoi est due cette accélération, est ce que ça vient d'une personnalité fragile ou est ce que c'est accidentelle due à une perte de travail, un décès ? A ce moment la ils comprennent qu'ils sont en train de dérapier et peut être enclin à s'arrêter et reprendre une consommation normale. Mais globalement lorsqu'une personne souffre de dépendance à l'alcool la seule façon de se sevrer et de ne pas rechuter c'est l'abstinence complète.

Etudiante : Selon vous quelles sont les limites d'une prise en soin en addictologie

Infirmière : La limite c'est de bien comprendre son rôle. C'est pareil dans tous les services, à aucun moment on est le sauveur du monde et on peut soigner tout le monde. Nous ne sommes qu'un outil qui va aider la personne à se soigner.

La limite c'est le lieux et le temps qu'on te donne. Quand on est dans un service ou il y a vingt quatre patients par moments on a pas le temps de faire des entretiens approfondis pour tout le monde. De plus, un sevrage de sept jours c'est quand même relativement court. Les patients restent dans le service le temps que les symptômes de sevrage disparaissent mais le plus gros du travail se passe après. Lorsqu'il quitte la structure hospitalière. Il faudrait un suivi peut être plus long comme ce que l'on peut retrouver en post cure.

## ANNEXE III

Retranscription entretien infirmier :

Etudiant : Pouvez-vous vous présenter, votre parcours professionnel ? Est-ce un choix de votre part de travailler en addictologie ?

Infirmière : Bonjour, moi je suis Mme G.S. Je suis infirmière au CSAPA à l'envol depuis presque 1 an. Auparavant j'ai exercé au CMP 2 ans et avant ça j'étais en intra hospitalier. J'ai eu une longue période sur l'intra parce que je suis infirmière depuis presque 10 ans mais avant ça j'étais aide soignante toujours au centre hospitalier Guillaume Régnier ou j'ai travaillée essentiellement en unité d'admission. C'était un choix de ma part de travailler en addictologie parce que je me suis rendue compte lors de mon expérience professionnelle que les gens qui souffrait de troubles psychiques il y en avait beaucoup qui consommaient également. Donc la question que je me posais à savoir est ce que le produit à fait que la personne a fait une décompensation psychique ou est ce que c'est la décompensation psychique qui a amené au produit. Enfin, tout ça c'était des interrogations. Il faut savoir que quand j'étais étudiante infirmière j'avais mon stage pré professionnel ici au CSAPA. Donc c'était un projet à moyen termes. Nous au niveau de l'accueil de jours nos missions sont un peu différentes déjà parce que on a une mission d'accueil, d'évaluation et d'orientation. Nous sommes 4 infirmiers dans ce centre là . Nous avons une mission de suivi de patient avec lequel on fait des renouvellements d'ordonnance en alternance une fois sur deux avec le médecin. Nous donnons les traitements aussi pour des personnes qui sont en induction de traitement.

Etudiante : Pour vous quelles sont les caractéristiques d'un patient en addictologie ?

Infirmière : Alors les caractéristiques c'est très vague parce que nous il faut savoir que sur le CSAPA (envol). Moi je travaille au niveau de l'accueil de jours donc on fait de la délivrance de traitement de substitution uniquement de la buprénorphine, de la suboxone mais par contre on ne délivre pas de la méthadone. Alors les caractéristiques ou profil du patient... Je pense que profil en tout cas dans le centre méthadone vont être davantage des personnes qui sont dans la précarité. Nous avons quand même davantage de gens qui sont insérés professionnellement, de toutes catégories sociaux-professionnels, de tout âge. Ça peut aller de la personne qui est au RSA ou à la MDPH ou qui est sans emploi à l'ouvrier, au banquier, au chef d'entreprise, aux médecins, à l'infirmière. Ce sont des gens qui sont moins isolés globalement après je généralise on a quand même des personnes qui sont aussi très seul mais bon souvent ce sont des personnes qui ont quand même une vie sociale ou en tout cas une vie familiale avec des enfants voilà.

Etudiante : Accueillez- vous des patients en phase aiguë ou seulement ceux qui sont stabilisés ?

Infirmière : Alors non non, on peut avoir parce qu' en fait comme on fait les inductions on a quand même des personnes qui prennent de l'héroïne par exemple. Qui rechute ou qui majore leur consommation ou qui à un moment donné décide d'arrêter. Si il y a des personnes en phase aiguë. Généralement, de toute façon les personnes qui viennent, il peut y avoir des personnes qui veulent arrêter la prise de produits toxiques enfin d'opiacé en tout cas par elles même. Mais rapidement elles vont se rendre compte qu'elles ont un syndrome de sevrage qui est hyper difficile à vivre. Le sevrage sec est vraiment terrible et douloureux pour la personne quand elle le vit. Très rarement il y a des personnes qui y arrivent. Mais globalement il faut qu'elles viennent ici consulter. Soit elles sont orientées par leurs médecins généralistes auquel cas on a un courrier. Soit elles viennent d'elles même car les gens de leurs entourage leur ont parlé du CSAPA. Il faut savoir qu'ici c'est un lieu de soin qui peut être totalement anonyme aussi.

Etudiante : oui j'ai vue votre affiche inscription sous X

Infirmière : Tout à fait l'inscription sous X est possible au niveau du centre addicto. Comme l'anonymisation du dossier est possible mais bon par contre la c'est un courrier qu'il faut adresser au directeur de l'hôpital. Surtout qu'il y a des personnes qui ne souhaitent pas que ça se sache à leur travail, notamment dans le milieu du soin.

Etudiante : Du coup vous au sein du CSAPA vous avez quels types d'addictions ?

Infirmière: Bas, essentiellement au opiacé. Après tout dépend des modes de consommation. On a des gens qui sont dépendant à la cocaïne mais la on a pas de traitement de substitution parce que ce n'est pas un opiacé. Des personnes aussi avec le cannabis donc la on est plus sur un versant comportemental. On travaille aussi avec des psychologues ici. Certains sont formés en TCC (Thérapie cognitivo comportementale). Il y a aussi l'addiction au médicament. En effet, beaucoup de personnes sont addict aux médicaments qui ont été induites parfois par leurs médecins généralistes mais ils sont rentrés dans une spirale. Mais on a aussi des gens qui peuvent être addict aux jeux, les addictions comportementales. On a les jeux d'argent, les jeux vidéos, les sexes.

Etudiante : Traité vous les addictions comportementales

Infirmière : on les reçoit après on a l'avantage d'avoir des médecins qui sont spécialisés sur certaines addictions. Donc on les oriente à l'issue d'une réunion clinique et après présentation de la situation clinique. On a aussi l'alcool mais l'alcool c'est plutôt sur le CSAPA Meleine. Mais on reçoit aussi des personnes alcoolo dépendante généralement à cause des dépendances associées.

Etudiante : Comment prenez-vous soin ou accompagner un patient en addictologie ?

Infirmière : C'est un suivie une fois par mois pour un entretien infirmier dans lequel on évalue le patient afin de lui renouveler ou non ses ordonnances si on évalue que ses très limité ou alors qu'il ya eu re consommation on interpelle le médecin.

Depuis le mois de juin, on a réorganisé l'accueil de jour et effectivement on est référencé à un patient. Généralement, toutes les premières demandes que l'on reçoit ce sont des gens avec lesquels on va avoir un suivi après. On décortique le parcours de vie du patient et son parcours de consommation. Après moi j'aime pas que l'on aborde que le sujet de l'addiction même si ça reste important de savoir s'il a surconsommé ses traitements. Il est important d'aborder aussi le versant de la santé psychique du patient, son environnement familial, son travail.

Etudiante : Le fait de faire un suivi référencé favorise-t-il l'alliance thérapeutique avec le patient ?

Infirmière : Oui complètement, non seulement il y a un lien de confiance. Après quand les patients appellent si par exemple moi je ne suis pas disponible ils peuvent interpeller mes collègues aussi s'il y a des questions particulières. Nous, on essaye de les rassurer quand il y a une première prise de contact avec les patients et qu'il y a un suivi qui s'amorce. Généralement on prévient aussi même les médecins le disent, c'est pas parce qu'on décide d'arrêter par exemple de l'héroïne et qu'on vient en centre que tout est gagné. On sait très bien que c'est un parcours et que les traitements de substitutions ils substituent mais il ne remplace pas. On essaye de les mettre au clair avec les risques de rechutes et de les dédramatiser. Dire que de rechuter c'est pas peine perdue. C'est que voilà des fois ça peut arriver, ça arrive mais on est là pour les accompagner. Ça nous permet aussi d'avoir un meilleur suivi de dossier.

Etudiante : Avez-vous des contrats de soins mis en place au sein du CSAPA ?

Infirmière : En ambulatoire il n'y a pas de contrat de soin. Après il faut savoir qu'au niveau des CSAPA on a trois appartements thérapeutiques, c'est comme une certaine hospitalisation plus libre donc là il y a un contrat qui est fait entre le patient et l'institution. Après on peut pas être trop rigide dans les suivis car c'est très difficile de sortir de l'addiction que si on rajoute une pression dans la temporalité et puis en ayant une mauvaise position de soignant. Alors certes il faut poser un cadre mais on est là aussi pour instaurer une confiance soignant soigné et dans l'accompagnement et le patient de toute façon et là pour un mieux être aussi. Après, effectivement si on s'aperçoit qu'il y a des gens qui ne s'inscrivent pas du tout dans un temps du soin ni quoi que ce soit ou ils viennent juste ici pour consommer. Parce que ça arrive qu'il y a des personnes qui viennent prendre des produits qui vont revendre derrière après c'est très très rare.

Etudiante : Avez-vous des patients non observants ? Y a-t-il des particularités chez ces patients ?

Infirmière : Nous, quand on reçoit des gens pour des remises d'ordonnances, on le voit plus quand on est à la délivrance de traitement. Il va y avoir des personnes, je vous donne un exemple : des personnes ou on se questionne parce que ça fait très longtemps qu'ils sont là à la délivrance. Ils ne veulent pas vraiment passer en ordonnance, on sait pas trop pourquoi. Parce qu'ici à la délivrance c'est le traitement de l'hôpital en fait. En ordonnance, ça nécessite une mutuelle etc. Quand on s'interroge de la bonne observance d'un traitement notamment d'un TSO, on réalise de nous même des tests urinaires (test minutes détectent les opiacés, buprénorphine, méthadone). Très souvent, on a des patients qui n'ont pas de traitement de substitution, c'est juste de la consultation. Moi qui viens du CMP ou j'avais très rarement des patients qui ne venaient pas aux consultations ici c'est quand même plus important.

Il y en a beaucoup qui ne viennent pas car ils ont oublié leur rendez-vous. Lorsque que c'est pour un renouvellement d'ordonnance généralement ils sont toujours présents.

Etudiante : Et face à ces patients non observants, comment faites vous pour les prendre en soin, les accompagner ?

Infirmière : On réalise des entretiens d'évaluations ou nous allons directement poser la question s'il ont repris leurs consommations d'opiacés. On réalisera un test urinaire pour vérifier s' il y a vraiment un doute. Après,il faut toujours leur montrer dans la mesure du possible qu'on a confiance en leurs parole c'est réellement s' il y a suspicion de reprise des consommations que l'on réalise les contrôles de vérification. Là aussi ça va être un travail de réassurance. Faire un bilan avec le patient des facteurs favorisant, sa non observance et/ou le mésusage de ses traitements. Ne pas être dans le jugement et se montrer à l'écoute et comme je l'ai dit dans la réassurance. On n'est pas là pour fliquer les gens, ce n'est pas notre rôle. Nous on est dans le soin donc moi généralement j'ai tendance à repositionner les choses et inscrire les personnes dans un projet de soins et justement je questionne sur leurs attentes. Est ce qu'ils sont vraiment dans une démarche d'arrêt ou pas du tout.

Etudiante : Y-a t'il des outils ou approches qui vous aident à prendre en soins un patient non observant ?

Infirmière : Des outils, pas spécialement. Ça va être une prise en charge pluri-professionnelle avec les médecins, psychologue, infirmiers, assistante sociale etc. Tous les lundis on fait un staff ou on évoque les prises en soin compliquées afin de pouvoir ajuster au mieux cette prise en soin. On leur propose aussi des ateliers animés par des psychologues ou des assistantes sociales . Des ateliers de jeux de mots. On a aussi un groupe mis en place il y a peu, les "échappées belles". C'est un projet à la journée quatre fois par an. La dernière fois c'était un parcours en ville et aux alentours pour aller voir les tag ou graffs. On se sert aussi d'anciens patients qui sont des graffeurs qui connaissent bien tous les recoins où on peut en trouver. C a un côté dynamisant et valorisant pour les patients.

Etudiante : Êtes vous en collaboration avec des associations d'anciens consommateurs ?

Infirmière : Nous on est pas associé mais on a une équipe mobile de précarité qui intervient aux fourneaux donc le restaurant social. Ils interviennent aussi au réseau Louis guilloux, aussi le réseau 35. On a des liens aussi avec le Caarud, Centre d'accueil et d' accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues. Les bénévoles qui y travaillent sont d' anciens consommateurs.

Etudiant : Y-a t'il des limites lors d'une prise en charge en addictologie ?

Infirmière : les limites c'est j'ai envie de dire comme toutes forme de soins relationnels, c'est l'irrespect des patients, l'agressivité. Nous les personnes ici qui vont avoir un comportements complètement inadapté, agressif voir menacent généralement ils sont vu par le médecin chef du pôle et par le médecins qui le suit en disant nous on décide d'un arrêt de prise en charge sur le CSAPA. Parce que l'on n'a pas non plus d'obligation de recevoir les gens donc on peut les orienter. Ce n'est pas par rapport aux rechutes ou au mésusage.

A partir du moment où il y a une relation de confiance qui est faite et qu'on est pas dans le jugement. On le sait qu'il y a des personnes qui ont du mal et on préfère quand on demande si il y a de la surconsommation de traitement c'est pas pour juger mais pour aider et comprendre qu'est ce qui a entraîné cette surconsommation.

## ANNEXE IV

Tableaux d'analyses

Notions similaires

Notions différentes

Qu'est ce que vous pensez des patients qui souhaitent être plus dans une démarche de maîtrise de leurs consommations plutôt que l'abstinence complète ?

Partie	Question	Entretien 1	Entretien 2
Présentation de l'IDE	Depuis quand êtes-vous diplômé ?	Diplômé depuis 9 ans	Diplômé depuis 11 ans
	Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?	A travaillé pendant un an sur le pôle abdomen comme infirmière remplaçante puis huit ans dans le service d'hépatologie (obtention DU addictologie)	A travaillé en intra hospitalier au CHGR de Guillaume Regnier pendant 8 ans puis 2 ans au CMP. Travail au CSAPA depuis un an.
	Travaillez vous en addictologie car c'est un domaine qui vous attire ?	Regroupe soin relationnel et soins techniques	Son expérience en psychiatrie lui a fait se questionner sur l'impact des pathologie psychiatrique sur l'addiction et inversement si les addictions favoriser les décompensations psychiatriques

Définir un patient ayant des addictions	<p>Selon vous, quelles sont les caractéristiques d'un patient en addictologie ?</p>	<p>Des personnes en situation de <b>précarité</b> qui <b>sont isolées</b>. Des personnes qui ont un gros manque d'estime de soi.</p>	<p>Patient de différents milieux sociaux. Qui <b>sont insérés ou non professionnellement</b>. Qui <b>ont une vie sociale et familiale</b>. Et des patients qui sont dans la <b>précarité</b>.</p>
	<p>Quel type d'addiction retrouve-t-on dans votre service ?</p>	<p>Addiction à <b>l'alcool</b> principalement. Addiction aux <b>opiacés</b> mais plus rarement</p>	<p>Addiction au <b>opiacés</b> (héroïne, cocaïne), aux <b>médicaments</b> (tramadol, codéine, fentanyl), aux <b>cannabis</b> et <b>addictions comportementales</b> (jeux d'argent, sexe ect)</p>
Définir la prise en soin en addictologie	<p>Comment prenez-vous en soins un patient en addictologie ? Y-a-t-il des spécificités lors d'une prise en soin en addicto</p>	<p>On apporte c'est du <b>lien médicales</b> mais qui parfois devient du lien social. Il y a la prise en charge des symptômes de sevrage dans un premier temps. Puis on réalise des <b>entretiens informels</b> avec le patient afin de <b>décortiquer avec lui ses ressources et ce qui favorise ses consommations</b>. On <b>essaye aussi d'évaluer leurs motivations</b>. On les redirige aussi vers des psychologues, assistante sociale. Et leur conseille vivement de suivre leur rendez-vous avec leurs médecins addictologues. Dans une prise en soin en</p>	<p>Il y a un suivi une fois par mois pour un <b>entretien infirmier</b> dans lequel on <b>évalue le patient</b> afin de lui renouveler ou non ses ordonnances. On est référencé à un patient ce qui facilite le suivi et la mise en place d'une relation de confiance. On décortique le parcours de vie du patient et son parcours de consommation. Après moi j'aime pas que l'on aborde que le sujet de l'addiction même si ça reste important de savoir s'il a surconsommé ses traitements. Il est important d'aborder aussi le versant de la santé psychique du patient, son environnement familial, son</p>

		<p>addictologie, c'est beaucoup de l'accompagnement et de la réassurance. On essaye de valoriser le patient pour qu'il récupère une estime de soi, pour qu'il ait de nouveau une bonne image de lui pour avancer dans son parcours de sevrage.</p>	<p>travail. On essaye de les mettre au clair avec les risques de rechutes et de les dédramatiser. Dire que de rechuter c'est pas peine perdu. C'est que voilà des fois ça peut arriver, ça arrive mais on est là pour les accompagner.</p>
	<p>Selon vous, quelle est l'importance de la mise en place d'un contrat de soin en addictologie ?</p>	<p>C'est important dans le sens où ils doivent se rendre compte que c'est une chance pour eux d'être pris en soin dans le sens où il y a beaucoup de demande mais peu de place. ça leur permet aussi de se rendre compte qu'ils doivent être prêt à faire la démarche du sevrage et qu'ils doivent être acteur dans leurs parcours de sevrage.</p> <p>Le contrat c'est ce qui permet aux gens d'accepter un minimum de ce qu'on va leur proposer et que ce soit un échange que ça reste pas du tout cuit. Parce que le tout cuit ne fonctionne pas. On ne pourra pas tout faire pour eux, ils devront investir un minimum</p>	<p>En ambulatoire il n'y a pas de contrat de soin. Après il faut savoir qu'au niveau des CSAPA on a trois appartements thérapeutiques, c'est comme une certaine hospitalisation plus libre donc là il y a un contrat qui est fait entre le patient et l'institution. Après on peut pas être trop rigide dans les suivis car c'est très difficile de sortir de l'addiction que si on rajoute une pression dans la temporalité et puis en ayant une mauvaise position de soignant. Alors certes il faut poser un cadre mais on est là aussi pour instaurer une confiance soignant soigné et dans l'accompagnement et le</p>

		les choses pour que ça fonctionne.	patient de toute façon et la pour un mieux être aussi
	Qu'est ce que vous pensez des patients qui souhaitent être plus dans une démarche de maîtrise de leurs consommations plutôt que l'abstinence complète ?	Il y a de rares cas où c'est possible mais globalement il faut pour ne pas rechuter il faut une abstinence complète.	Non abordé
Expliquer la prise en soin en addictologie d'un patient non observant	Y-a t'il des particularités chez un patient non observance en addictologie ?	Un patient non observant, c'est un patient qui potentiellement n'est pas venu de lui-même. Ça va être un refus d'aller en sophrologie. Ils savent bien que ça ne va pas les expulser. La non observance c'est lorsque quelqu'un va être tellement mal dans sa peau, tellement peu sûr de lui, tellement honteux qu'il ne va pas vouloir faire les groupes de paroles ou autres parce que ça va être trop dur de se présenter aux autres. La non observance va être induite par l'addiction elle-même. Le besoin du produit va être tellement intense, ce qu'on appelle le "craving" que le patient peut se remettre à consommer rapidement.	La non observance va se traduire surtout par un mésusage des traitements substitutifs. Ça va être aussi des patients qui ne viennent pas aux rendez-vous de suivis. Après c'est quand même assez rare car la plupart du temps ils souhaitent renouveler leurs ordonnances rapidement.

	<p>Comment prenez-vous en soins un patient non observant ? est-elle similaire à une prise en charge d'un patient observant ? Comment prévenir un patient non observant ?</p>	<p>La seule chose que l'on peut faire nous c'est de leur ré expliquer l'intérêt de ce sevrage qui dure 7 jours. <b>Globalement quand on se pose avec eux et qu'on discute on est vraiment dans l'empathie et le but c'est qu'ils comprennent que ce sont eux les acteurs</b> et que nous on aura beau être là et leur proposer vingt cinq milles soins, le travail ne pourra pas se faire sans eux. Donc peut être capable de leurs dire, écouter pour vous ça ne <b>semble pas être le moment pour un sevrage donc on peut reprogrammer l'hospitalisation plus tard</b></p>	<p>On <b>réalisera régulièrement des entretiens de suivis pour évaluer s'ils ont repris à consommer</b>. S'ils prennent bien leurs traitements de substitution. On peut aussi réaliser des tests urinaires afin de vérifier leurs dires. Mais dans ce cas la c'est vraiment s'il y a de gros doute car ça peut nuire à la relation soignant soigné mise en place. Après, il faut toujours leur montrer dans la mesure du possible qu'on a confiance en leurs parole. Là aussi ça va être un travail de réassurance. <b>Faire un bilan avec le patient des facteurs favorisant sa non observance et/ou le mésusage de ses traitements</b>. Ne pas être dans le jugement et se montrer à l'écoute et comme je l'ai dit dans la réassurance</p>
	<p>Selon vous, un patient non observant à plus de risque de faire une rechute ?</p>	<p>En réalité, la non observance peut dépendre aussi du <b>caractère du patient</b>. Il y a des gens extrêmement autonomes qui ne vont pas accepter d'avoir des horaires fixes lors d'hospitalisation ou pour les rendez-vous mais qui pour autant ne vont pas rechuter.</p>	<p><b>Non pas spécialement</b>. Un patient qui ne se rend pas à son rendez-vous d'évaluation ou à son rendez-vous chez le psychologue ne va pas forcément avoir plus de chance de rechuter. Ça va être plus le cas pour les patients qui font un <b>mésusage des traitements substitutifs</b>. Dans ce cas la il faut</p>

		<p>Le caractère du patient va beaucoup jouer et finalement sa non observance c'est pas ça qui fait qu'il est plus à risque de reprendre ou pas. Sa non observance montre à quelle étape il est dans son parcours d'addiction. Si il est non observant, c'est -à -dire qu'il lutte encore pour sa liberté. Il veut encore penser qu'il peut décider des choses. Je pense qu'effectivement que le risque de rechute représente plutôt le reflet de ou ils en sont dans leurs démarche de sevrage.</p>	<p>vérifier s'il ne se sont pas remis à consommer auquel cas ils pourraient y avoir des problèmes de surdosage. Elle pense que c'est la dépendance, l'addiction tout simplement qui influence les rechutes. Que d'une personne à l'autre les rechutes sont possibles même si un patient est observant sur ses traitements substitutifs et sur sa présence aux rendez-vous il a tout autant de chance qu'un autre de faire une rechute. Il faut comprendre que l'addiction englobe un nombre de facteurs influençant important qui peuvent provoquer une rechutes autres que la non observance.</p>
	<p>Y-a t'il des outils ou approches qui vous aident à prendre en soins un patient non observant</p>	<p>Nous mettons en place des stages de deux semaines qui regroupent différents suivis et activités pour les patients. Ce stage est fait par groupes de quatre patients. On va leur expliquer les effets de l'alcool sur le corps. Mettre en place des activités pour prévenir les rechutes avec des mises en situation. Il va y avoir des séances de sport, des séances avec le psychologue, le médecin addictologue, l'assistante sociale.</p>	<p>Ça va être une prise en charge pluri-professionnelle avec les médecins, psychologue, infirmiers, assistante sociale etc. Tout le lundi on fait un staff ou on évoque les prises en soin compliquées afin de pouvoir ajuster au mieux cette prise en soin. On leur propose aussi des ateliers animés par des psychologues ou des assistantes sociales . Des ateliers de jeux de</p>

		<p>On va les mettre en lien avec des associations d'anciens consommateurs. Il va y avoir aussi un suivi avec l'infirmière. Lors de ce stage il y aura une infirmière référente qui va vraiment pouvoir suivre le parcours de ces patients.</p>	<p><b>mots.</b> On a aussi un groupe mis en place il y a peu, les "échappées belles".</p> <p>On a une équipe mobile de précarité qui intervient aux fourneaux (dans un restaurant social). Ils interviennent aussi au réseau Louis guilloux, aussi le réseau 35. On a des liens aussi avec le Caarud, Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues.</p>
<p>Définir les limites et les facteurs favorisant ces limites d'une prise en soin en addictologie.</p>	<p>Y-a t'il des limites lors d'une prise en charge en addictologie ?</p>	<p>Les limites c'est de comprendre que nous ne sommes qu'un outil qui va aider la personne à se soigner. C'est aussi une limite de temps et de lieux.</p>	<p>Les limites comme toutes forme de soins relationnels, c'est l'irrespect des patients, l'agressivité</p>

