



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Thème : L'entretien infirmier dans la prise en soin des addictions



Formatrice référente du mémoire : RIBOURG Lydie

PANAGET Maiwenn
Formation infirmière
Promotion 2020- 2023

Date : 02/05/2023

Déclaration de non plagiat



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 Infirmier

Travaux de fin d'études :

L'entretien infirmier dans la prise en soins des addictions

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 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 02/05/2023

Identité et signature de l'étudiant : Panaget Maiwenn

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^{er} : 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 adresser mes remerciements à Madame Lydie Ribourg qui m'a suivi toute l'année pour l'élaboration de ce travail. Vous avez su m'écouter, entendre mes idées et trouver les bons mots lors des moments de doutes. Merci pour les échanges partagés, qui sont allés bien au-delà du mémoire.

Je remercie également ma référente pédagogique Madame Marylène Oléron, tous les autres formateurs de l'IFSI et les professionnels de terrain, qui m'ont accompagnée et encadrée durant les années de formation. Malgré les enjeux que représente la passerelle, vous m'avez accueilli et su me faire confiance.

Merci aux professionnels qui ont accepté d'être interviewés, sans vous, la fin de ce travail n'aurait pas été possible.

Un grand merci aux patients et à leur entourage que j'ai pu rencontrer lors de mes stages. Mon appétence pour les relations humaines n'a cessé de grandir grâce à vous. Et, vous avez su me montrer, que même dans les moments difficiles, il y a toujours quelque chose auquel on peut se raccrocher.

Merci à mes ami.e.s de formation pour ces belles années partagées à vos côtés aussi bien au sein de l'IFSI qu'à l'extérieur.

Merci à mes ami.e.s et proches en dehors de l'IFSI de toujours croire en moi, de m'avoir écoutée durant l'élaboration de ce travail et de l'avoir relu.

Et bien évidemment, un grand merci à Prune, merci d'être là.

Citation

« Écouter pour tenter de comprendre, écouter ce qui se dit, comment c'est dit, ce qui ne se dit pas mais se montre, écouter les gestes, les attitudes, les silences. Écouter pour recevoir jusqu'à l'indicible, pour le retraiter et le restituer d'une façon qui soit recevable par le sujet. » (Friard, 2017, p. 22).

Table des matières

1	Introduction	7
2	Cheminement vers la question de départ.....	8
2.1	Situation d'appel.....	8
2.2	Questionnement.....	9
2.3	Question de départ.....	9
3	Cadre conceptuel	10
3.1	Notions de dépendances et d'addictions.....	10
3.1.1	Définition et caractéristiques de la dépendance	10
3.1.2	Définition et physiopathologie de l'addiction	11
3.1.3	Prise en soins d'un patient en addictologie	12
3.1.4	Addictions aux substances psychoactives	13
3.1.5	Addiction médicamenteuse	13
3.2	Anxiolytiques : les benzodiazépines	14
3.2.1	Définition et indications	14
3.2.2	Effets indésirables psychiatriques	15
3.2.3	Précautions d'utilisation	15
3.3	Prescription conditionnelle (« si besoin »).....	16
3.4	Rôle IDE.....	16
3.4.1	Relation d'aide : un pilier de soin en santé mentale	17
3.4.2	De l'alliance thérapeutique au contrat de soins	17
3.4.3	Entretiens thérapeutiques infirmiers.....	18
4	Dispositif méthodologique du recueil de données.....	21
4.1	Objectifs du guide d'entretien	21
4.2	Sélection de la population interviewée.....	21
4.3	Organisation des entretiens.....	22
4.4	Bilan du dispositif	22
5	Analyse descriptive des entretiens.....	23
5.1	Addictologie générale et compétences professionnelles pour travailler dans un service d'addictologie.....	23

5.2	Addiction aux médicaments	24
5.3	Prescription conditionnelle et traitements anxiolytiques.....	25
5.4	Soignant en addictologie : alliance thérapeutique, entretien thérapeutique infirmier	26
6	Discussion	28
6.1	Traitements anxiolytiques prescrits en conditionnel	28
6.2	Positionnement du soignant en addictologie	29
6.3	Entretien IDE.....	30
7	Conclusion.....	32
8	Bibliographie	33
Annexe I.	Guide d'entretien.....	36
Annexe II.	Retranscription du premier entretien	38
Annexe III.	Retranscription du deuxième entretien	44
Annexe IV.	Tableaux d'analyse.....	50
Annexe V.	Abstract	57

1 Introduction

Les addictions sont présentes au sein de nos sociétés. Il en existe une multitude : addiction à des produits licites (alcool, tabac, médicaments), à des produits illicites (drogues), addiction à des comportements (alimentaire, jeu, sexe). Elles sévissent dans n'importe quel milieu socio professionnel et dans n'importe quel pays.

Les addictions sont discrètes, s'installent insidieusement et sont souvent mal comprises. Elles rendent peu à peu le patient vulnérable à l'objet de son addiction, le dépossédant de sa capacité de contrôle, et conduisant ainsi à un sentiment de culpabilité et à un isolement. Si elles ne sont pas décelées à temps, elles peuvent avoir de lourdes conséquences tant au niveau psychique, somatique que sociale.

Les thérapeutiques consistent en des substances chimiques qui peuvent soulager et atténuer des douleurs tant physiques que psychiques. Cependant, les médicaments peuvent avoir des effets indésirables tels que l'addiction médicamenteuse si l'observance thérapeutique n'est pas respectée, si un suivi régulier n'est pas réalisé ou s'ils sont mésusés.

Parmi tous les stages que j'ai pu effectuer, autant en somatique qu'en santé mentale, il n'y a pas eu un seul jour où je n'ai pas administré de thérapeutiques, ce qui m'a entraîné petit à petit à savoir ce que les médicaments représentaient pour moi et quel impact le soignant peut avoir dans la prise de ceux-ci.

Mon attrait pour la relation à l'autre et la pharmacologie m'ont poussée à choisir un thème de Mémoire d'Initiation à la Recherche (MIRSI) traitant ces deux notions : l'entretien infirmier dans la prise en soins des addictions médicamenteuses et plus particulièrement aux benzodiazépines. Ce thème m'intéresse d'autant plus que, d'une part, les benzodiazépines sont des psychotropes consommés de façon considérable, « notre pays reste parmi les plus forts consommateurs de médicaments en Europe, et notamment de médicaments psychotropes » (Lapeyre-Mestre, 2013), et d'autre part la prise en soins des addictions nécessite un accompagnement et un investissement majeurs des soignants.

Ce MIRSI débutera par une situation d'appel, puis par une exploitation théorique s'intéressant à la dépendance, à l'addiction aux médicaments, à la prescription conditionnelle d'anxiolytiques et au rôle soignant. Le travail se poursuivra par des entretiens avec des professionnels de terrain, et enfin par une discussion confrontant l'analyse des entretiens, du cadre théorique et de mon positionnement sur ces résultats pour aboutir à une question de recherche.

2 Cheminement vers la question de départ

2.1 Situation d'appel

La situation que je souhaite exposer ici se déroule lors d'un stage en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) en psychiatrie et concerne un homme de 20 ans que je nommerai Mr X pour préserver son anonymat.

Mr X est arrivé à l'UHSA il y a une quinzaine de jours en provenance d'un centre de détention dans lequel un suivi au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) était assuré. Le motif d'hospitalisation est un fléchissement thymique dans le cadre d'épisodes dépressifs avec des éléments post-traumatiques.

L'accès à l'histoire de vie et plus globalement aux émotions du patient sont difficiles à atteindre.

Mr X a des antécédents de consommation de THC, d'héroïne (sniffée) et de cocaïne. Il a eu de précédentes hospitalisations dans des contextes de passage à l'acte, de blessures auto-infligées, d'intoxications médicamenteuses, de crises suicidaires.

Depuis son arrivée dans l'unité, le tableau clinique du patient reste inchangé : incurie, clinophilie, ralentissement psychomoteur.

Un jour, alors que j'étais dans le bureau de soin, Mr X est venu frapper à la porte. Je l'ai fait entrer et lui ai proposé de s'asseoir. Je lui ai ensuite demandé ce que je pouvais faire pour lui, et Mr X m'a prononcé cette phrase : « Madame, est-ce que je pourrais avoir un si besoin ? J'ai envie de planer ».

Un infirmier était présent dans le bureau. Nous avons tous les deux essayé d'investiguer pour en savoir un peu plus sur son mal-être et cette envie de mise à distance. Le patient nous répondait vaguement, sans vraiment d'élaboration et avec peu de précisions. Nous lui avons proposé des alternatives en lui disant qu'il était notamment possible de faire des médiations thérapeutiques avec lui pour occuper son esprit et d'essayer de penser à autre chose.

Toutes les démarches entreprises ont été vaines et nous avons fini par lui donner son si besoin, un traitement anxiolytique à base de benzodiazépine.

Lorsque nous lui administrons ses traitements le matin, il est en mesure de nous donner tous les horaires des si besoins prescrits et chaque jour il frappe à la minute près pour venir les demander. Des échanges avec lui autour de l'éducation thérapeutique de ses traitements ont été entamés à plusieurs reprises, en lui expliquant qu'au fur et à mesure les fréquences des si besoin seraient diminuées etc. Cependant Mr X est toujours resté impassible.

Je pense qu'à ce moment précis dans le bureau, je me suis sentie impuissante et frustrée. Frustrée car la présentation clinique du patient ne s'est pas améliorée depuis son arrivée. Impuissante car toute tentative d'échange n'aboutissait à aucun changement. Par ailleurs, l'envie de s'évader par le biais de

médicaments est préoccupante, si bien qu'en tant que future soignante, j'ai trouvé difficile de donner délibérément à un patient ses sédatifs, bien qu'ils soient prescrits, et donc de contribuer à cette évasion et de renforcer sa dépendance

À l'heure actuelle, cette question de dépendance médicamenteuse, en particulier aux benzodiazépines, résonne encore en moi et me pose question.

2.2 Questionnement

Psychopathologie :

- Qu'est-ce que la dépendance ? Qu'est-ce que l'addiction ?
- Quels sont les points communs aux différentes addictions ?
- Quelles sont les spécificités d'une addiction médicamenteuse ?
- Qu'est-ce que les anxiolytiques ? Qu'est-ce que les benzodiazépines ?
- Qu'entraîne un arrêt brutal d'un traitement aux benzodiazépines ?
- Qu'est-ce qu'un médicament si besoin ?
- Sur quels critères se base-t-on pour administrer un traitement si besoin ?

Psychologie :

- Que ressent un patient addicté aux médicaments ?
- Quelles sont les manifestations cliniques du syndrome de manque ?

Soins infirmiers en psychiatrie :

- Quel accompagnement instaurer en fonction des addictions ?
- Comment différencier un patient nécessitant un traitement au regard de son état clinique, d'un patient qui a besoin de se mettre à distance ?
- Quel rôle a l'IDE dans les dimensions préventive et curative d'un sevrage ?
- Quels sont les différents moyens non médicamenteux lors de la prise en charge d'une addiction ?
- Quelle est la prise en soins adaptée à un patient souffrant d'addiction médicamenteuse ?
- Qu'est-ce que la relation soignant-soigné ?
- Qu'est-ce que la relation de confiance ?
- Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique ?
- En quoi l'attitude de l'infirmière a un impact sur le patient ?
- Qu'est-ce qu'un entretien thérapeutique ?

2.3 Question de départ

En quoi les entretiens thérapeutiques infirmiers peuvent-ils influencer sur les comportements addictifs aux thérapeutiques du patient ?

3 Cadre conceptuel

Après avoir introduit les notions de dépendances et d'addiction, je présenterai les benzodiazépines, puis la prescription conditionnelle (« si besoin »). Finalement, je terminerai par le rôle de l'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE).

3.1 Notions de dépendances et d'addictions

3.1.1 Définition et caractéristiques de la dépendance

La définition de la dépendance par la Haute Autorité de Santé (2014) est la suivante :

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en 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 vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

L'individu est asservi au produit, il ressent un besoin compulsif de le consommer.

Dans le cas d'une dépendance apparaît une accoutumance autrement nommée tolérance marquée par une nécessité d'augmenter les doses de la substance afin d'obtenir le même effet. En effet, le corps s'habitue à la substance et il faut accroître la dose pour atteindre les mêmes effets.

Il existe deux types de dépendance : la dépendance psychique et la dépendance physique.

D'après le cours de G. Robin relatif à la dépendance psychique, la privation d'un produit entraîne une sensation de malaise, d'angoisse, allant parfois jusqu'à la dépression. Après avoir cessé sa consommation, la personne peut mettre du temps à s'adapter à cette vie sans le produit. Cet arrêt bouleverse ses habitudes, laisse un vide et provoque la réapparition d'un mal-être que la consommation visait à supprimer. (Document non publié [Support de cours], 18 novembre 2022). La dépendance psychique se traduit par un besoin incontrôlable de consommer le produit, bien que le patient connaisse les conséquences néfastes qu'elle entraîne, que ce soit au niveau personnel, social ou professionnel.

Dans le cas d'une dépendance physique, l'organisme réclame le produit à travers des symptômes physiques qui traduisent un état de manque. (Document non publié [Support de cours], 18 novembre 2022). Les symptômes les plus fréquents sont les suivants : céphalées, nausées, sudation, perte d'appétit, peur, insomnie, anxiété (Document non publié [Support de cours de G. Robin], 18 novembre 2022). Cet état de manque, appelé syndrome de sevrage, apparaît à l'arrêt brutal de la consommation d'une substance.

En plus de ce syndrome de sevrage, deux autres phénomènes interviennent dans la dépendance : l'effet rebond et la rechute.

L'effet rebond correspond à la résurgence des symptômes de départ quelques heures à quelques jours après la dernière prise du produit (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

La rechute est la : « réapparition de signes cliniques antérieurs au traitement. » Il peut s'agir de : « anxiété, insomnie, attaques de panique, phobies, etc. » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

Les traitements de la dépendance reposent sur le sevrage et le maintien de l'abstinence. (Addictohug, 2022).

La dépendance peut exister sans présence d'addiction sous-jacente. L'addiction peut se produire avec ou sans dépendance. (Addictohug, 2022).

Après échanges avec des professionnels et exploration de différentes ressources, la distinction entre dépendance et addiction demeure subtile. Une illustration de ces notions est possible : un patient hospitalisé en service de chirurgie a pour antalgiques notamment de la morphine (antalgique de pallier III). Le patient en prend pendant une semaine, lorsque la prescription s'arrête, il éprouve des signes de sevrage. Le patient est dépendant à la morphine, cependant il n'est pas pour autant addicté à la morphine dans ce contexte.

Nous allons maintenant explorer le concept d'addiction.

3.1.2 Définition et physiopathologie de l'addiction

Dans une addiction, un individu, face à un ressenti de mal-être, consomme un produit ou réalise un comportement dans le but d'obtenir du plaisir. En effet, selon Goodman (1990), l'addiction se traduit comme un : « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».

Toutefois, l'environnement social joue aussi un rôle important dans l'addiction. En particulier, Simon (2020) affirme que :

L'addiction peut aussi être vue comme un processus qui met en perspective trois dimensions : celle du produit, de l'individu et de son environnement [...]. Si la dangerosité et le risque addictogène sont variables, selon le produit consommé ou le comportement (le jeu, par exemple), il existe toujours un retentissement social qui est à déterminer pour la prise en soins. (p. 20).

De plus, un sentiment de honte est ressenti fréquemment par des patients souffrants d'addictions. Cela se traduit par : « la peur d'être jugé en permanence. Celle-ci retentit alors sur sa capacité à parler de sa maladie, mais aussi à établir un lien sociale stable, constructif et sécurisant ». (Simon, 2020, p. 20)

Les troubles addictifs peuvent avoir des retentissements sur le patient au niveau familial, financier et socio-professionnel. Au niveau social, il est possible de citer des conséquences telles que l'isolement, la perte d'emploi et la marginalisation. (Assurance Maladie, 2022).

Concernant la mise en place d'une addiction, un dossier de l'Inserm décrit un processus en trois étapes : « la recherche de plaisir, un état émotionnel négatif et la perte de contrôle. » (Inserm, La science pour la santé, 2020).

La recherche de plaisir implique le circuit de la dépendance dans lequel intervient la dopamine qui est le neurotransmetteur du plaisir.

L'état émotionnel négatif correspond à une diminution de la sécrétion de dopamine. « À ce stade, la consommation ou la pratique excessive vise donc à sortir d'un état émotionnel négatif, et non plus à prendre du plaisir. » (Inserm, La science pour la santé, 2020).

Enfin, la perte de contrôle correspond à : « l'altération des circuits de la récompense et des émotions est telle que des processus contrôlés par le cortex préfrontal sont modifiés : il s'agit notamment des capacités d'autorégulation, de la prise de décision ou de la capacité à résister aux envies de consommer. Ce stade de perte de contrôle (ou craving) explique les rechutes répétées, même lorsque le désir d'arrêter est sincère. » (Inserm, La science pour la santé, 2020).

3.1.3 Prise en soins d'un patient en addictologie

Selon l'Assurance Maladie (2022) :

La prise en charge d'une addiction est pluridisciplinaire. Elle repose le plus souvent sur l'association d'une prise en charge psychologique individuelle et collective, d'un traitement médicamenteux pour les addictions à certaines substances psychoactives et d'un accompagnement social. Une prise en charge globale est essentielle, l'addiction n'étant jamais un problème isolé dans la vie d'une personne. (2022).

La durée de prise en soins d'une addiction peut aller de plusieurs mois à plusieurs années. Cependant, « la motivation est un facteur déterminant dans la prise en charge globale du patient dépendant aux substances ». (De Sousa et al., 2011, p. 147). De plus, elle doit être évaluée avant de débiter les soins et à plusieurs étapes de la thérapie (Assurance Maladie, 2022).

De Sousa et al. évoquent le modèle de Prochaska et Diclemente qui est utilisé lors de la prise en charge des addictions. Ce modèle stipule que :

les personnes présentant un comportement addictif passent par les stades suivants : la Précontemplation, la Contemplation, la Décision, l'Action, le Maintien et la Rechute. [...] Ils permettent ainsi de situer la motivation actuelle du patient, de comprendre précisément où le patient se situe dans la démarche de modification du comportement addictif. Tous les patients ne sont pas égaux dans leur motivation face au changement, le patient passe d'un niveau à un autre en fonction du temps et de ses capacités et il peut également régresser vers un stade antérieur. Le passage d'un stade à un autre ne s'effectue pas de manière linéaire, variant selon les capacités du patient. La rechute fait partie de l'évolution du comportement problématique, elle n'est pas considérée comme un manque de volonté ou un phénomène pathologique mais comme quelque chose de normal. (De Sousa et al., 2011, p. 149)

Ainsi, ce modèle est utilisé par les soignants déterminer la motivation du patient afin d'adapter au mieux les soins.

3.1.4 Addictions aux substances psychoactives

Les substances psychoactives ou psychotropes font référence à la fois aux drogues licites et aux drogues illicites. La classification des psychotropes est la suivante (Delay & Deniker, 1957 cités par D. Guy (Document non publié [Support de cours], 10 novembre 2022)) :

- les psycholeptiques ou substances sédatives : anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques / antipsychotiques, alcool, héroïne,
- les psychoanaleptiques ou substances psychostimulantes : antidépresseurs, caféine, nicotine, cocaïne, ecstasy, amphétamines (MDMA),
- les psychodysleptiques ou substances hallucinogènes / dissociatives : cannabis, opiacés, LSD, kétamine,
- les thymorégulateurs ou substances régulatrices de l'humeur.

L'effet de la prise de substances psychoactives est l'altération de fonctions cérébrales telles que le raisonnement, les sensations, la douleur ou encore la vision.

3.1.5 Addiction médicamenteuse

L'addiction médicamenteuse demeure un phénomène encore peu connu, mais constitue une part croissante des addictions à des substances psychoactives. L'utilisation de médicaments psychotropes est de plus en plus répandue en France, constituant un véritable fléau et un enjeu de santé publique.

L'Assurance Maladie (2023) évoque que les médicaments psychotropes tels que les benzodiazépines, les anesthésiques ou encore les opioïdes peuvent être à l'origine de comportements addictifs.

Lapeyre-Mestre (2013) définit l'addiction médicamenteuse comme suit :

L'addiction médicamenteuse se définit comme l'asservissement d'un sujet à un médicament dont il a contracté l'habitude par un usage plus ou moins répété. Ce phénomène peut être la conséquence d'une tolérance au médicament (diminution de la sensibilité au médicament à la suite d'une administration répétée, entraînant l'obligation d'augmenter les doses pour produire un effet de même intensité) et se traduit par un comportement d'abus, c'est-à-dire un usage excessif et potentiellement nuisible du médicament. (p. 66).

Ce type d'addiction concerne des profils différents, qui peuvent être distingués en explicitant les envies recherchées par le sujet lors de la consommation de médicaments :

Pour comprendre les motivations de la consommation de médicaments, il faut s'intéresser à ce que recherche le sujet : est-ce l'oubli, le sommeil, le soulagement de l'anxiété, la recherche de sensations différentes, les effets psychiques obtenus par un « état second », l'ivresse ou encore l'anéantissement ? Les médicaments psychoactifs viennent apporter des sensations nouvelles, ou moduler les effets sédatifs ou excitants des substances psychoactives consommées par ailleurs. (Varescon, 2022, p.22).

Les médicaments psychotropes peuvent être mésusés et être utilisés pour des consommations autres que l'indication prescrite de traitement, ce qui fera l'objet de détournement et ainsi d'une consommation illégale. (Assurance Maladie, 2023). Dans le premier type de détournement, les personnes souffrant de douleurs chroniques ou d'anxiété peuvent être sujet à des abus de consommation caractérisées par des posologies de traitement trop importantes ou des durées de traitements trop longues, qui peuvent aussi résulter d'une démarche volontaire du patient. Dans le second type de détournement, le médicament est consommé dans un autre but que celui pour lequel il a été prescrit, comme notamment dans la recherche de défonce par le consommateur, via éventuellement une revente au marché noir. Autre variante, des personnes poly consommatrices vont associer leur traitement anxiolytique à d'autres substances psychoactives. En effet, les benzodiazépines sont fréquemment consommées avec de l'alcool, ce qui va potentialiser l'effet sédatif. (Cadet-Taïrou & Brisacier, s.d., p. 264).

3.2 Anxiolytiques : les benzodiazépines

3.2.1 Définition et indications

Les benzodiazépines sont employées pour leurs propriétés : d'anxiolyse, de sédation, hypnotique, myorelaxante, amnésiante et anticonvulsivante. Elles sont également employées dans le cadre du sevrage alcoolique en prévention du Delirium Tremens. (Bontemps, 2021, p. 35).

Elles agissent en diminuant l'activité du système nerveux.

La demi-vie correspond à la durée nécessaire pour que la moitié de du médicament consommé soit évacuée de l'organisme. On distingue les benzodiazépines à demi-vie longue des benzodiazépines à demi-vie courte. Dans le cas d'une demi-vie longue, l'organisme a besoin de plus de vingt-quatre heures pour évacuer le médicament, tandis que pour une demi-vie courte, le temps nécessaire est moins de vingt-quatre heures. Ainsi, lors d'une indication de sevrage, il est plus intéressant d'utiliser une benzodiazépine à demi-vie longue afin que : « la concentration dans le sang reste stable au fil du temps et on évite ainsi les phénomènes de manque entre les prises. » (Advices, 2018).

Les benzodiazépines à durée de vie courte sont à utiliser en première intention. En effet, l'organisme a besoin de moins de temps pour évacuer la substance.

L'antidote des benzodiazépines est le Flumanézil (Anexate ®).

3.2.2 Effets indésirables psychiatriques

Les effets indésirables neuropsychiatriques des benzodiazépines citées par le ministère de la Santé et de la Prévention (2022) sont :

- amnésie antérograde, qui peut survenir aux doses thérapeutiques, le risque augmentant proportionnellement à la dose,
- troubles du comportement, modifications de la conscience, irritabilité, agressivité, agitation, dépendance physique et psychique (y compris à doses thérapeutiques) avec syndrome de sevrage ou un effet rebond à l'arrêt du traitement,
- sensations ébrieuses, céphalées, ataxie,
- confusion, baisse de la vigilance voire somnolence (particulièrement chez le sujet âgé), insomnie, cauchemars, tension,
- modifications de la libido.

Les benzodiazépines peuvent être à l'origine d'une tolérance nécessitant une augmentation de la posologie lors d'une utilisation sur une longue période.

3.2.3 Précautions d'utilisation

Des précautions d'emploi doivent être employées lors de l'utilisation de benzodiazépines. D'après les recommandations de l'HAS, la durée de traitement par benzodiazépines dans le cadre d'insomnie ou d'anxiété serait limitée à douze semaines. (Haute autorité de santé [HAS], juin 2018)

Lors de l'instauration d'un traitement par benzodiazépines, un suivi régulier doit être réalisé.

Les soignants ont un rôle d'éducation thérapeutique en rappelant régulièrement à leurs patients, qu'ils ont compris l'intérêt du traitement, qu'il s'agit d'un traitement provisoire, de courte durée, que le traitement ne doit pas être arrêté brutalement. En effet, il faut réduire progressivement la posologie avant un arrêt total afin de prévenir l'apparition d'un syndrome de sevrage, d'une rechute ou d'un effet rebond

(cf. § 3.1.1). De plus, ils ont un rôle dans l'observance et dans la surveillance du patient pour dépister l'apparition d'éventuels effets indésirables. (Document non publié [Support de cours], 2020).

Il faut par ailleurs, apporter une vigilance particulière aux interactions médicamenteuses avec d'autres thérapeutiques psychoactives telles que les antidépresseurs, les neuroleptiques, les antalgiques et les morphiniques (Bontemps, 2021, p. 36). De plus, l'alcool, ayant une action sédatrice, est contre-indiqué lors de la prise de benzodiazépines.

3.3 Prescription conditionnelle (« si besoin »)

La HAS définit deux types de prescriptions particulières de médicaments : anticipées et conditionnelles.

Les prescriptions ou protocoles anticipés sont rédigés par une équipe pluriprofessionnelle et revus une fois par an. Toute utilisation du protocole doit être transmise dans le dossier de soins infirmiers. Les protocoles anticipés sont applicables à un ou plusieurs patients. (HAS, 2022, p. 4).

Contrairement aux protocoles anticipés, la prescription conditionnelle, appelée aussi « si besoin », ne s'applique qu'à un seul patient. La HAS encadre ce type de prescription en définissant les modalités d'application suivantes (2022) :

Pour cette prescription, les conditions d'administration sont clairement établies : nombre maximal d'administrations par période de 24 heures accompagné d'un intervalle temporel entre deux prises consécutives, durée maximale de traitement.

Avant l'administration d'un traitement sur prescription conditionnelle, il est important d'effectuer une évaluation rigoureuse se basant sur des critères cliniques et/ou biologiques. (p.4)

Dans le cas d'une prescription conditionnelle d'antalgique, une évaluation à l'aide d'une échelle d'évaluation de la douleur est obligatoire afin de conserver une vision objective dans l'administration ou non de la thérapeutique.

De nombreuses échelles, aussi bien d'autoévaluation que d'hétéroévaluation, existent pour justifier l'administration d'antalgiques. Après de multiples recherches bibliographiques, je n'ai pu retrouver d'outils permettant d'objectiver l'administration de traitements si besoin pour les anxiolytiques.

3.4 Rôle IDE

Les soins relationnels sont fondamentaux en santé mentale. D'après le cours de C. Le Bihan, ce sont des interventions verbales et/ou non verbales visant à établir une communication en vue d'apporter une aide et un soutien psychologique à une personne ou un groupe de personnes. (Document non publié [Support de cours], 2021).

Il existe plusieurs niveaux de relation soignant-soigné : relation de civilité, puis la relation fonctionnelle, ensuite la relation d'aide, et enfin la relation thérapeutique. Je vais détailler les deux suivantes.

3.4.1 Relation d'aide : un pilier de soin en santé mentale

La relation d'aide consiste en un moyen d'accompagnement du soigné à vivre sa maladie et ses conséquences au niveau de sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. (Document non publié [Support de cours], 2021). L'établissement d'une relation d'aide appartient au rôle propre de l'IDE. Elle requiert d'identifier une accroche avec le patient permettant de passer de la rencontre à la relation.

L'approche de la relation d'aide de Carl Rogers repose en une relation centrée sur la personne tenant celle-ci comme étant la mieux placée pour connaître ses problèmes et les solutions qui lui conviennent. (Document non publié [Support de cours], 2021).

Les outils de la relation d'aide consistent en l'écoute active et la reformulation. La reformulation reposant sur l'écoute active est utile pour amener le patient à aller plus loin dans sa réflexion et aussi pour s'assurer que le soignant a bien compris les propos du patient. (Bourrat, 2014, p. 40). Le soignant doit mettre tous ses sens en éveil afin d'entendre et de saisir à la fois les propos verbaux du patient, mais également les expressions du faciès et le comportement corporel.

Une fois la relation d'aide introduite, elle pourra tendre vers l'instauration de l'alliance thérapeutique.

3.4.2 De l'alliance thérapeutique au contrat de soins

La relation thérapeutique est aussi appelée alliance thérapeutique car le terme « alliance » laisse transparaître l'image d'une union impliquant le soignant et le soigné. Selon le dictionnaire Le Robert, le terme alliance signifie : « union contractée par un engagement mutuel ». Cela sous-entend ainsi un engagement du patient mais aussi du soignant.

Liné & Satori donnent une définition de l'alliance thérapeutique : « L'alliance thérapeutique implique l'existence d'une relation de confiance, fruit d'une construction duelle ou plurielle, dont l'objectif d'adhésion à un traitement, ou à un suivi, est essentiel pour des soins psychiatriques qui s'inscrivent toujours dans la durée. » (Liné & Satori, 2022, p. 47).

J. Favrod et A. Nguyen (2020) complètent la définition de l'alliance thérapeutique :

Le lien affectif et collaboratif entre un soignant et son patient, cette alliance comprend le plus souvent ces trois volets : le lien entre les deux partenaires et l'accord sur les objectifs thérapeutiques et les tâches orientées vers l'amélioration clinique (p. 24).

L'alliance thérapeutique est indispensable pour établir un projet de soins avec le patient. Elle n'est jamais acquise, elle se construit au fur et à mesure de la prise en soins. Comme souligné par Liné & Satori (2022), l'alliance thérapeutique : « n'est pas linéaire, elle se construit également dans les moments

dits « de crise ». La force et l'efficacité de l'alliance thérapeutique résident dans la gestion de ces moments de vulnérabilité. » (p. 47).

Les compétences du soignant nécessaires pour parvenir à l'alliance thérapeutique sont :

- soutenir le patient dans son engagement et l'accession à des objectifs thérapeutiques définis conjointement ;
- identifier et encourager les motivations de changement ;
- étayer les périodes de vulnérabilité ou de doute ;
- garder une certaine plasticité permettant d'accueillir et de travailler avec les caractéristiques dynamiques du patient. (Liné & Satori, 2022, p. 47).

Pour atteindre une prise en charge optimale en addictologie, l'engagement mutuel du soignant et du patient doit être contractualisé.

Le contrat de soins, utilisé considérablement dans le cadre des troubles du comportement alimentaire, est un outil également employé en addictologie. En effet, il pose des objectifs clairs de prise en charge et engage une authenticité de relation entre les différents partenaires. Les notions de relation de confiance et d'alliance thérapeutique développées précédemment sont des piliers fondateurs du contrat de soins. De plus, il permet de « favoriser l'expression des ressentis angoissants, l'expression du vécu de la personne par rapport à sa pathologie ». Le contrat personnalise la prise en charge d'un patient. Il permet d'une part, de construire un cadre rassurant pour le patient, et d'autre part, d'assurer une pratique cohérente des différents intervenants. (Descharmes et al., 2010, p. 11).

Le contrat de soins « concrétise la relation thérapeutique entre le patient et l'équipe soignante et se manifeste par une confiance mutuelle. » (Descharmes et al., 2010, p. 11).

Le contrat de soins est établi lors d'un entretien thérapeutique infirmier.

3.4.3 Entretiens thérapeutiques infirmiers

Au niveau législatif, l'entretien infirmier relève à la fois du rôle prescrit et du rôle propre.

- Selon l'article R4311-7 du Code de la Santé Publique, « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les soins suivants soit sur prescription médicale [...] soit en l'application d'un protocole écrit... :

42° : entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique »

- Selon l'article R4311-5 du Code de la Santé Publique, « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes :

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement. »

Rybak et al. (2004) caractérisent l'entretien infirmier :

L'entretien infirmier est une technique de soins relationnels permettant de répondre au besoin d'information du patient, de l'aider à formuler ses demandes, et de recueillir des données de qualité pour élaborer ensemble un projet de soins. C'est un moment privilégié d'échange où il peut exprimer ses difficultés. C'est aussi un temps d'accompagnement pour l'aider à exprimer son vécu.

L'entretien serait une conversation entre deux ou plusieurs personnes au cours de laquelle l'une d'elles ou deux d'entre elles, essaient de comprendre ce que l'autre attend. C'est un processus circulaire où chacun interagit avec l'autre. Cette relation professionnelle nécessite l'élaboration d'objectifs communs et une collaboration mutuelle afin de résoudre au mieux les difficultés rencontrées par le patient et son entourage. Notre recherche d'information devra surtout se centrer sur les ressources du patient et de son entourage.

L'entretien infirmier va nous permettre de construire une relation thérapeutique où le patient aura un rôle d'acteur et d'expert dans sa prise en charge, celui d'une personne disposant des compétences et des ressources pour résoudre son problème de santé. (p. 295).

Une connaissance du patient dans sa globalité est fondamentale pour conduire l'entretien. Effectivement, « Le soignant doit connaître son histoire, son anamnèse, la forme que prennent ses symptômes, ses ressources psychiques et morales, ce qui le motive, son actualité..., et surtout les affects » (Friard, 2017, p. 31).

Pour réaliser un entretien thérapeutique, le soignant doit s'appuyer sur des compétences et des éléments qui sont nécessaires à l'instauration d'une relation d'aide :

- «Être empathique.
- Être respectueux.
- Être capable de ne pas savoir.
- Se demander ce que le patient attend de nous.
- Être authentique.
- Souligner les aspects positifs.
- Ne pas dire ce qu'on ne pense pas.
- Se plier aux règles familiales.
- Adopter les habitudes verbales du patient.

- Reformuler pour souligner les aspects positifs d'une caractéristique ou d'une relation décrite de façon négative. » (Rybak et al., 2004, p. 296).

Comme pour le contrat de soins, les objectifs de l'entretien doivent être définis avec le patient.

Comme pour le contrat de soins, le cadre de l'entretien infirmier doit être posé avec le patient. Le lieu, la durée, le contenu et les objectifs d'entretien nécessitent d'être déterminés. (Friard, 2017, p. 31).

Dans la partie 3.1.2 de ce travail, il est souligné que les personnes souffrant de troubles addictifs ressentent de la honte et de la culpabilité, ce qui a pour conséquence d'entraîner une perte de confiance en eux et en leurs capacités. Ainsi, au fur et à mesure de la prise en soins, et grâce aux entretiens infirmiers, le patient sera amené à terme à : « faire émerger les ressources qu'il ne pense plus avoir » et à « rendre au patient la compétence qu'il croit avoir perdue ». (Rybak et al., 2004, p. 296)

Selon E. Bourrat (2014), infirmière dans un hôpital psychiatrique :

L'entretien infirmier constitue un soin. En psychiatrie, le soin se réalise dans et par la relation. C'est un temps d'échange entre un infirmier et un patient. Support pour un travail individualisé, d'expression et de réflexion, c'est aussi un temps individualisé s'inscrivant dans une logique thérapeutique. [...] Ce n'est ni une conversation, ni un interrogatoire, et il a plusieurs objectifs : aide, accueil, suivi, recadrage, sortie ou gestion d'une crise. Il peut s'effectuer par le biais d'un téléphone. (p. 39).

La gestion des silences constitue également un élément important de l'entretien. En tant que soignant, il ne faut pas chercher à combler immédiatement ces silences. En effet, ils permettent de laisser aux participants un temps de réflexion et de formulation de réponse. Les silences peuvent permettre de peser le sens des mots échangés et de mieux comprendre les préoccupations du patient. (Bourrat, 2014, p. 40)

À l'issue de l'entretien, l'IDE établit une synthèse et prévoit éventuellement une nouvelle rencontre.

4 Dispositif méthodologique du recueil de données

4.1 Objectifs du guide d'entretien

Pour donner suite à la réalisation du cadre théorique et, pour approfondir ma question de départ, j'ai réalisé deux entretiens avec des professionnels de terrain. Le mode d'entretien retenu est celui de l'entretien semi-directif, se situant entre l'entretien libre et l'entretien directif, composé d'un guide d'entretien établi au préalable des entretiens ainsi que des questions de relances à certains moments au cours des échanges. Il s'agit d'une méthode qualitative permettant une étude de contenu au cours d'un entretien avec un professionnel.

Le guide d'entretien a été réalisé avec des objectifs en fonction des recherches que j'ai pu réaliser durant l'élaboration du cadre théorique. (*Cf Annexe I*).

Chaque entretien a débuté par une question afin de connaître le parcours et l'ancienneté du professionnel. Ensuite, les questions ont porté sur l'addictologie en général, puis ont été plus ciblées sur l'addiction aux médicaments, la prescription conditionnelle d'anxiolytiques et enfin, sur le rôle soignant dans le cadre d'une prise en charge d'addictologie. Pour clore l'entretien, une question ouverte a été posée aux professionnels pour leur laisser l'opportunité de rebondir sur les précédentes questions ou leur laisser aborder des thèmes non traités au cours de l'entretien.

4.2 Sélection de la population interviewée

Pour le choix de la population interviewée, j'ai pris la décision d'interviewer un professionnel de psychiatrie et un professionnel de somatique travaillant actuellement en gériatrie aiguë. Mon sujet de mémoire est de prime à bord plutôt de psychiatrie. Cependant, en raison des divers questionnements en lien avec les benzodiazépines que j'ai pu me poser au fil de mes stages, il me semblait pertinent d'avoir l'avis d'un professionnel de somatique afin de recueillir des témoignages diversifiés. En effet, les benzodiazépines sont des médicaments majoritairement utilisés en psychiatrie, mais ils restent employés de façon notable en milieu somatique aussi.

Les deux IDE interviewés, une femme et un homme, ont des profils distincts, autant dans leur ancienneté qu'au niveau de leurs parcours. Je les nommerai IDE 1 et IDE 2 afin de préserver leur anonymat. L'IDE 1 diplômée depuis 2017, travaille dans une unité de cure appartenant au Pôle Addiction et Précarités d'un hôpital psychiatrique depuis 2019. C'est une unité d'hospitalisation qui fonctionne néanmoins avec des possibilités de permission de sortie permettant aux patients de se reconfronter peu à peu au milieu extérieur. Diverses activités à visées thérapeutiques, des groupes de paroles et des échanges avec différents professionnels sont proposés aux patients. L'IDE 2 est diplômé depuis 40 ans et a exercé dans des services différents comme notamment les urgences et le SMUR. Il est également Infirmier Pompier Volontaire. Et depuis une dizaine d'années, il travaille dans un service de gériatrie aigüe au sein d'un centre hospitalier universitaire.

4.3 Organisation des entretiens

Pour le professionnel de psychiatrie, j'ai démarché un formateur de l'IFSI, qui est un ancien soignant de psychiatrie, pour lui demander s'il connaissait un professionnel travaillant en addictologie. Une fois mise en contact avec une infirmière d'addictologie, nous avons planifié une rencontre.

Pour le premier entretien, nous avons convenu que je me rende sur le lieu de travail de l'IDE. En amont de l'entretien, j'ai contacté le cadre de l'unité ainsi que la directrice des soins de l'hôpital afin de les prévenir. L'interview s'est déroulée en début d'après-midi à la fin du service de l'IDE. Pour des questions pratiques, le deuxième entretien s'est réalisé à l'IFSI. J'ai contacté ma référente de MIRSI afin de pouvoir réserver une salle dans la bibliothèque de l'école pour bénéficier d'un environnement calme et de ne pas être interrompus durant l'entretien.

Avec l'accord des professionnels, j'ai enregistré les entretiens avec le dictaphone de mon téléphone portable. Je leur ai rappelé que les échanges sont anonymisés et que les enregistrements seront détruits à l'issue de la retranscription. (*Cf Annexes II et III*).

Les deux entretiens ont duré une trentaine de minutes.

4.4 Bilan du dispositif

Le choix du professionnel provenant d'un service somatique a été plus difficile. L'addiction aux médicaments demeure un phénomène peu connu en France. Des traitements anxiolytiques sont consommés dans de nombreux services de santé somatique, mais néanmoins une addiction à ces traitements peut-être plus complexe à déceler et à appréhender au cours d'une hospitalisation.

Au cours de différents stages en milieu somatique et particulièrement en oncologie, j'ai pu constater l'importante consommation de benzodiazépines. C'est pourquoi, j'ai pris la décision de démarcher une infirmière d'oncologie, avec qui j'ai travaillé en stage, afin de recueillir son témoignage. Cet entretien a été peu exploitable au niveau des réponses apportées. En effet, les patients hospitalisés en oncologie ont quasiment systématiquement des prescriptions de traitements anxiolytiques associées à des antalgiques de pallier III afin de soulager les douleurs physiques et psychiques en lien avec le cancer. Par ailleurs, une fois que la prise en charge oncologique s'oriente vers une prise en soins palliative de confort, tous les soins et traitements mis en œuvre visent au soulagement maximum du patient. Ainsi, les posologies de traitements anxiolytiques sont souvent amenées à être augmentées. C'est pourquoi, parler d'addiction médicamenteuse dans un tel service n'est pas adapté. Je n'ai donc pas pu exploiter les données reçues lors de cet entretien.

J'ai alors décidé de réaliser un autre entretien avec un professionnel de gériatrie. Les personnes âgées consomment fréquemment des benzodiazépines et il semblait intéressant de connaître la prise en charge associée.

5 Analyse descriptive des entretiens

L'analyse descriptive des entretiens s'appuie sur l'élaboration de tableaux d'analyses (cf *Annexe IV*) dans lesquels les propos des professionnels ont été classés selon les quatre thèmes abordés au cours du cadre théorique et les objectifs des questions des entretiens.

Dans l'idée de préserver leur anonymat, j'emploierai les termes d'IDE 1 pour faire référence à la retranscription du premier entretien et IDE 2 pour le deuxième entretien.

5.1 Addictologie générale et compétences professionnelles pour travailler dans un service d'addictologie

Objectif des entretiens : connaître les compétences spécifiques pour travailler dans un service d'addictologie.

Les deux infirmiers ont décomposé la question et ont commencé par donner leur propre définition de l'addiction. Pour évoquer l'addiction, tous deux font référence à un problème de dépendance. L'IDE 2 va un peu plus loin en développant les deux types de dépendance : physique et psychique. De plus, il détaille les différentes addictions auxquelles il a été confronté durant sa carrière, à savoir, l'alcool, l'héroïne, la cocaïne, le tabac, le cannabis, les médicaments et l'addiction aux jeux.

Les professionnels partagent le même avis quant aux modalités de prise en charge. Ils évoquent tous les deux l'idée de l'accompagnement personnalisé d'un patient. Ils insistent sur l'importance de faire en sorte que chaque prise en soins soit adaptée en fonction du patient suivi, en respectant son rythme. L'IDE 1 précise qu'il faut : « accompagner le patient dans ce qu'il veut lui ». En effet, même si les soignants ont une autre vision de la situation, il est néanmoins indispensable de respecter les envies du patient quant à son projet, dans l'idée que le patient soit le premier acteur de sa prise en charge. L'IDE 2 évoque la durée de la prise en soins d'un patient souffrant d'addictions en disant qu'il s'agit d'un accompagnement sur le long terme avec une durée au minimum de six mois voire un an. Il aborde également le contrat de soins qui est utilisé en addictologie : « Un contrat avec un objectif et avec un planning pour voir si on atteint un objectif et donc si on atteint le contrat au fur et à mesure. ». Pour poursuivre l'idée de l'accompagnement personnalisé, les deux IDE évoquent qu'il faut évaluer où en est le patient dans l'acceptation de sa maladie, pour évaluer sa motivation et son envie d'investissement dans la prise en soins. L'IDE 1 relate que dans son service, ils font souvent référence au cercle de Prochaska (cf. § **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) qui est particulièrement utilisé en service d'addictologie. L'IDE 2 quant à lui n'évoque pas en tant que tel ce cercle, mais il fait référence aux possibilités de rechutes.

Au niveau des compétences professionnelles, ils s'accordent pour dire que la prise en charge en addictologie est spécifique. En effet, l'IDE 1 relate que : « l'addictologie a quelques spécificités par rapport à d'autres services », et l'IDE 2 dit que : « il faut avoir un certain recul parce que c'est une prise

en charge particulière ». Tous deux évoquent à plusieurs reprises des compétences générales au métier de soignant telles que la bienveillance, le non-jugement, l'écoute et la capacité d'adaptation qui contribuent à l'établissement de la relation de confiance. L'IDE 1 parle également des facultés d'acceptation : « accepter de ne pas forcément maîtriser et contrôler la situation », et de ne pas faire de transfert de sa vision de la situation au patient. Cependant, l'IDE 2 explique que selon lui cela peut être complexe de travailler dans un service d'addictologie en étant jeune diplômé, « au départ on n'est pas vraiment apte à prendre en charge ». Lorsque l'on est « senior dans nos pratiques », nous disposons de compétences supplémentaires établies grâce à la construction professionnelle en fonction des situations que nous avons pu vivre. Et ainsi, pour lui l'idée d'être plus avancé dans sa pratique professionnelle permet de déceler plus de subtilités spécifiques à l'addictologie.

L'IDE 2 fait référence à la pluridisciplinarité de la prise en charge en évoquant les différents partenaires : médecins, infirmiers et psychologue. Il parle de l'intérêt des échanges entre les membres de l'équipe afin d'adopter la même ligne de conduite et le projet de soins le plus cohérent possible. Il aborde aussi l'importance du rôle des aidants.

5.2 Addiction aux médicaments

Objectif des entretiens : connaître ce que signifie l'addiction médicamenteuse pour un.e infirmier.ère

L'IDE 1 donne une définition de l'addiction médicamenteuse : « une problématique de dépendance sur les médicaments ». Elle évoque que dans le service dans lequel elle travaille, elle en rencontre sur des traitements soit anxiolytiques soit opiacés. L'IDE 2 quant à lui parle de l'importante consommation d'anxiolytiques en France : « l'addiction aux anxiolytiques oui parce qu'on est des grands consommateurs ».

Pour ce qui est des caractéristiques de la population touchée par l'addiction aux médicaments, les deux professionnels décrivent de façon générale des patients avec un mal-être, une gestion des émotions difficiles, pour lesquels il est complexe de verbaliser leurs ressentis. L'IDE 1 décrit plusieurs profils. D'un côté, elle évoque des individus poly consommateurs, qui sont généralement précaires, vivant dans la rue et qui un jour sont « amenés à rencontrer le traitement ». Elle relate l'expansion du « trafic de rue de benzodiazépines ». D'un autre côté, elle explique que certains patients sont sous benzodiazépines depuis plusieurs années soit, prescrites notamment pour de l'anxiété au départ, soit : « plus par rapport à une problématique somatique qu'ils ont rencontré ce traitement-là, et il n'y avait pas forcément de dépendance à la base, et la dépendance s'est créée parce que la prescription était peut-être mal organisée. ». L'IDE 2 évoque l'isolement social. Il y a d'une part les patients qui ressentent une solitude et le médicament représente pour eux quelque chose qui permet de les maintenir et de les soutenir. D'autre part, pour les patients chez qui la dépendance s'installe, ils s'enferment dans leur problématique, et peu à peu ils s'isolent. Il aborde aussi que les années de pandémie ont majoré ce manque de contact social, et que pour lui cela a contribué à l'augmentation de la consommation de traitements

anxiolytiques. De plus, un autre facteur contribuant à cet isolement selon l'IDE 2 est que les patients en addictologie ont souvent une mauvaise opinion d'eux-mêmes, certains peuvent se sentir jugés en raison de leur problématique, et donc ils vont avoir tendance à cacher leur addiction, à se mettre à l'écart au fur et à mesure et donc à les isoler.

Par ailleurs, l'IDE 1 exprime ce que les patients peuvent rechercher comme effets lors de la prise de médicaments. Pour développer cette idée, elle rappelle que les patients souffrants d'addictions ruminent beaucoup et ont du mal à exprimer leurs ressentis. Mais, à partir du moment où ils ne consomment plus le produit, ils ont plus de « temps libre » et par conséquent le temps de ruminations est accru. Et donc, « le traitement anxiolytique si besoin parfois c'est un peu le moyen de se dire : là je ressens un truc que je ne maîtrise pas trop donc je prends le si besoin. ». Pour illustrer cette idée, elle évoque un patient qui demandait fréquemment son si besoin « en mettant au premier plan ses envies de consommer », et un autre patient qui verbalisait que : « le but du produit c'était de se casser la tête et de se sédaté pour que les journées passent plus vites ».

5.3 Prescription conditionnelle et traitements anxiolytiques

Objectif des entretiens : découvrir l'existence ou non d'outils pour objectiver la décision de l'IDE pour administrer ou non le traitement prescrit en conditionnel.

Par rapport aux traitements anxiolytiques et plus précisément les benzodiazépines, l'IDE 1 rappelle que l'accroche peut être rapide, que ce sont des traitements qui doivent être de courte durée avec une diminution progressive pour éviter l'apparition de signes de sevrage. Dans la même idée, l'IDE 2 énonce l'importance du suivi en expliquant qu'il a eu en soin des patients qui ne contrôlaient pas bien leur posologie de traitements et donc que cela pouvait engendrer des dangers pour eux. Par ailleurs, un suivi médical non régulier constitue un facteur aggravant.

En ce qui concerne la prescription conditionnelle d'anxiolytiques et particulièrement les outils permettant d'objectiver la décision d'administration du traitement, les deux infirmiers affirment qu'il n'y a pas d'outils concrets. L'IDE 1 évoque : « des outils qu'on se crée, des échelles de 0 à 10 pour évaluer l'état de tension interne ». Elle essaie de « questionner ce qui amène le patient ici », et d'évaluer l'existence de symptômes de sevrage tels que la présence de sueurs ou de tremblements. L'IDE 2 explique qu'il utilise l'observation clinique et la connaissance du patient comme outils. Pour lui, il faut observer l'attitude du patient, « des petits signes sur son attitude, sur ses mots, sur sa manière d'être, sa manière de parler ». Ces éléments-là ajoutés à la connaissance du patient permettent de décider l'administration ou non. Il évoque aussi l'importance d'écouter les ressentis que l'on peut avoir en tant que soignant et qu'avec l'expérience, les signes avant-coureurs sont plus aisés à dépister.

Le rôle IDE par rapport à la prescription conditionnelle selon l'IDE 1 est en première intention d'essayer de « différer ou de proposer autre chose ». En effet, dans l'unité ils proposent aux patients des médiations thérapeutiques : « on essaie d'aller chercher chez le patient qu'est-ce qui pourrait lui apporter

de l'apaisement, par exemple écrire, dessiner ou aller marcher. » Et après une réévaluation plus tard, si le patient n'est pas soulagé, alors ils administrent le traitement prescrit en si besoin. De plus, l'IDE 1 relate le rôle qu'ils ont dans l'éducation thérapeutique, en rappelant aux patients que les benzodiazépines sont des traitements ponctuels, et qu'au fur et à mesure ils diminueront les doses jusqu'à l'arrêt. L'idée est de rappeler aux patients qu'il s'agit d'un traitement provisoire. Pour l'IDE 2, « le si besoin nous sert à avoir cette fenêtre qui nous permet de donner, c'est à nous d'adapter. ». Selon l'IDE 2, il faut avoir une bonne connaissance de son patient, de son dossier médical et « bien cerner son patient ». En fonction de ces éléments-là, « c'est à vous de juger si vous le donnez ».

5.4 Soignant en addictologie : alliance thérapeutique, entretien thérapeutique infirmier

Objectifs des entretiens :

- *Connaître les éléments incontournables et/ou spécifiques dans la prise en soins pour créer une alliance thérapeutique avec un patient souffrant d'addiction.*
- *Savoir s'il existe ou non une plus-value à réaliser des entretiens thérapeutiques auprès de patients souffrants d'addictions.*
- *Savoir si les entretiens thérapeutiques influencent sur le comportement du patient dans sa demande de traitement conditionnel ?*

Par rapport au positionnement IDE favorisant une relation aidante en addictologie, l'IDE 1 relate qu'il faut « valoriser la démarche » du patient. Par ailleurs, elle explique que les soignants de son unité vivent avec les patients : « on vit au quotidien avec eux, on partage les repas avec eux, on participe aux activités. ». Et donc, tous ces moments partagés avec les patients établissent un lien différent du lien médical. Les soignants ont une proxémie plus rapprochée avec les patients que celle du corps médical, ce qui leur permet de « questionner un peu plus de manière concrète ce qui se passe pour eux parce qu'on est là sur le quotidien ». De plus, les soignants du service ne portent pas de blouse, cela contribue à la « position d'égal à égal ». L'IDE 1 insiste sur le fait que les infirmiers partagent le quotidien des patients et que cela leur permet d'observer plus d'éléments sur le patient qu'uniquement en entretien. L'IDE 2 est un IDE de service somatique, il n'a pas la même approche. Il évoque à nouveau la nécessité de bien connaître le patient pour pouvoir pleinement le comprendre. Pour créer une relation avec lui, il faut : « trouver une approche à quelque chose qui est pas du tout dans le contexte de l'hôpital mais qui permet de pouvoir accrocher notre patient pour pouvoir après créer ce lien. ». Une fois cette complicité avec le patient acquise, « au fur et à mesure il se dévoile » et cela permet de s'orienter vers la problématique.

Pour l'alliance thérapeutique, l'IDE1 fait référence au cercle de Prochaska, les soignants l'utilisent pour évaluer à quel stade de maturation est le patient afin d'adopter la meilleure approche. En tant qu'approche soignante pour l'alliance thérapeutique, l'IDE1 relate qu'il faut « être là, être attentif,

montrer qu'on entend les choses et rechercher le feedback pour être sûr de bien comprendre les choses ». Elle parle également de l'importance de l'authenticité du soignant. L'IDE 2 évoque la personnalisation de la prise en soins, que chaque personne est unique et donc qu'il faut adapter sa ligne de conduite en fonction du patient pour permettre d'établir une alliance. Il faut se saisir d'une « opportunité » pour pouvoir mettre en œuvre un « partenariat avec le patient ». Pour lui, l'alliance se fait un peu au « feeling » et il faut savoir écouter « le ressenti qu'on peut avoir ».

Par rapport aux entretiens infirmiers, l'IDE 1 évoque les types d'entretien qu'ils utilisent dans le service : « accueil, de suivi et de sortie. » et « l'entretien motivationnel ». Elle donne sa définition de l'entretien infirmier : « technique d'entretien où l'idée c'est de créer l'ambivalence chez le patient ou en tout cas de faire émerger quelques contradictions entre les valeurs du patient et ce que les consommations peuvent induire chez lui ». Dans le cadre d'entretien infirmier, elle utilise les techniques de reformulation et des questions ouvertes. Pour elle, les objectifs de l'entretien sont de « questionner leurs ressentis », de questionner « ce qu'il se passe en eux », de les « aider à comprendre ce qu'il se passe ». L'IDE 2 quant à lui, relate que lors d'un entretien il faut établir des objectifs pour pouvoir créer un parcours de prise en soins. Les deux IDE évoquent que l'envie doit venir du patient lui-même et que les soignants ne doivent pas l'induire.

Pour les bénéfices de l'entretien infirmier, les deux professionnels s'accordent à dire que l'intérêt de l'entretien est qu'il fait verbaliser les patients sur leurs émotions et que cela a un effet positif sur eux. L'IDE 1 appuie ses propos en affirmant que si le patient réussit à « accueillir l'émotion et de l'accepter c'est la valider et accepter le fait qu'on la ressent et rien que ça parfois ça suffit à faire du bien. ». Par ailleurs, les deux infirmiers ont abordé le fait que les patients souffrant d'addictions ont des difficultés à parler d'eux et de leurs ressentis, et que le produit consommé leur permet d'intérioriser et de masquer ces émotions. L'IDE 2 rajoute que le fait de parler de ses émotions permet au patient de « se sentir écouté et entouré » et que le patient « redevient un être humain ». De plus, l'entretien aide à donner du projet au patient : « qu'il trouve quelque chose, un dérivatif pour qu'il ait un objectif sur autre chose, soit retrouver un travail ou avoir une autre activité ». L'idée est de trouver : « quelque chose qui lui fasse plaisir parce qu'il faut qu'on dérive le plaisir qu'il avait par l'addiction ».

6 Discussion

6.1 Traitements anxiolytiques prescrits en conditionnel

Par rapport aux prescriptions conditionnelles, la HAS en explicite les modalités, en notifiant la nécessité d'une évaluation avant l'administration du traitement reposant sur des critères cliniques et/ou biologiques. De plus, la HAS rappelle que les prescriptions de benzodiazépines doivent être cadrées en raison du risque de dépendance que représentent celles-ci.

Effectivement, les professionnels interrogés expriment l'importance de l'observation clinique et de la connaissance du patient avant d'administrer un traitement. L'IDE 1 évoque que dans son unité, ils essaient de différer la prise du traitement conditionnel en proposant des activités au patient. Cependant, ils ont aussi souligné le fait qu'il n'y a pas d'évaluation objective comme il en existe pour les échelles d'évaluation de la douleur. L'IDE 1 relate que dans son service d'addictologie, les soignants se créent des échelles d'évaluation de l'anxiété entre 0 et 10 identiques à l'Echelle Numérique de la douleur.

Les services de santé mentale, contrairement aux services de soins somatiques, ont l'avantage de proposer aux patients des médiations thérapeutiques afin de pouvoir différer la prise du traitement. Durant les stages que j'ai pu effectuer en somatique, lorsque les patients avaient des anxiolytiques prescrits en conditionnel, j'ai trouvé que l'on possédait de peu de moyens pour différer les prises. En effet, les soignants questionnaient les patients pour essayer de comprendre ce qui n'allait pas, qu'est-ce qui les rendait anxieux, mais ils n'ont ni le temps ni les moyens nécessaires pour proposer des médiations thérapeutiques, comme l'on peut en retrouver en service de santé mentale. Certains services disposent de plus de ressources comme de l'hypnose ou de l'aromathérapie, mais leur utilisation n'est pas encore suffisamment généralisée. La prescription conditionnelle me questionne beaucoup. J'ai rencontré des prescriptions conditionnelles dans différents services où j'ai pu aller en stage, notamment dans un service de chirurgie. Je trouve que la prescription conditionnelle d'anxiolytiques est délicate, elle est pourvue d'avantages mais aussi d'inconvénients. En effet, si le soignant se retrouve dans une situation complexe avec un patient qui est très anxieux, dans ce cas-là, la prescription conditionnelle possède à la fois des avantages pour le soignant en lui faisant gagner du temps, et aussi des avantages pour le patient, en le soulageant plus rapidement. Néanmoins, je trouve que la prescription conditionnelle d'anxiolytiques est risquée. Un des dangers est que le patient ressorte du service avec une accoutumance aux benzodiazépines et se trouve ensuite entraîné dans un cercle vicieux. En effet, le mal-être d'un patient peut être difficile à discerner, surtout dans les services de soins somatiques où la problématique d'entrée n'est pas d'ordre psychique. Néanmoins comme exploré précédemment, les addictions notamment s'installent de manière insidieuse. Et ainsi, en donnant le si besoin d'anxiolytique, le mal-être du patient peut s'accroître et l'enfermer de plus en plus dans ses comportements addictifs. Par ailleurs, comme souligné par l'IDE 2, travaillant en somatique : « le si besoin nous sert à avoir cette fenêtre qui nous permet de donner, c'est à nous de l'adapter ». Durant des stages que j'ai pu effectuer

en milieu somatique, j'ai quelques fois trouvé que les traitements anxiolytiques prescrits en conditionnels étaient donnés sans une évaluation rigoureuse préalablement requise un peu. J'ai parfois constaté que pour certains soignants, la santé mentale semblait difficile à appréhender et que lorsqu'un patient verbalisait un mal-être, cela les mettait en difficultés. J'ai été surprise par les comportements de certains alors j'en ai échangé avec eux. Ils m'ont alors affirmé que soit ils manquaient de temps pour évoquer les questions de santé mentale avec le patient ou que soit, ils ne se sentaient pas suffisamment à l'aise pour aborder les problèmes psychiques avec lui.

6.2 Positionnement du soignant en addictologie

Avant de parler d'entretien infirmier, il est nécessaire d'évoquer la relation de confiance entre un patient et un soignant. Sans relation de confiance, un entretien infirmier ne peut être efficace. Instaurer une relation de confiance demande les compétences de base de tout infirmier, à savoir, la bienveillance, l'empathie et le non-jugement, mais également une disponibilité et un grand sens de l'observation parce qu'il doit autant analyser les comportements verbaux que non verbaux du patient. Cette idée est largement développée par l'IDE 2 qui explique à plusieurs reprises durant l'entretien l'importance de la connaissance et de l'observation du patient pour réussir à établir un lien avec lui. Le soignant doit bien connaître son patient selon l'IDE 2 : « connaître son dossier médical, connaître les habitudes de vie où il était avant. ». Ce qui est concordant avec l'exploration théorique, selon Friard : « Le soignant doit connaître son histoire, son anamnèse, la forme que prennent ses symptômes, ses ressources psychiques et morales, ce qui le motive, son actualité..., et surtout les affects » (2017, p. 31). De plus, selon l'IDE 2, il faut se saisir d'une opportunité pour établir un lien avec lui : « il faut trouver une complicité dont l'approche est complètement différente [...] il faut trouver des gestes, des mots [...] un petit truc qu'il vous a raconté et vous vous raccrochez à ça et ensuite vous tissez un lien et au fur et à mesure il se dévoile ». Le soignant doit arriver à ce que le patient lui fasse suffisamment confiance pour qu'il parvienne à se confier à lui. L'IDE 2 rajoute que pour instaurer une telle relation, il faut s'adapter à chaque patient, mais qu'il faut aussi savoir écouter ses ressentis de soignant pour réussir à rentrer en contact avec lui. L'idée d'instaurer un lien de confiance demande à la fois de l'authenticité du patient mais également du soignant. L'IDE 1 exprime que : « l'idée c'est vraiment de ne pas juger les pratiques et de se montrer bienveillant pour que le lien de confiance puisse se créer et que la personne soit suffisamment en confiance pour parler de ses difficultés même s'il y a eu des re-consommations, de pouvoir être authentique avec nous. ». Ainsi, si le patient et le soignant arrivent tous les deux à être authentiques, un partenariat peut se créer. De plus, un des auteurs du cadre théorique relate qu'un soignant doit : « être capable de ne pas savoir ». (Rybak et al., 2004, p. 296). Dans la même idée, l'IDE 1 affirme qu'il est nécessaire d' : « accepter de ne pas forcément maîtriser et contrôler la situation ».

La capacité d'adaptation est une compétence que j'ai pu aborder lors de mes stages. En effet, chaque être humain est unique et même si deux patients sont hospitalisés pour la même problématique, la prise en soins sera singulière car chaque problème est vécu et transcrit différemment. Un point qui me semble

importante et qui a été évoqué par certains tuteurs de terrain lors des stages est de savoir écouter ses ressentis en tant que soignant et de savoir se faire confiance. À titre d'exemple, je me souviens que plusieurs soignants de terrain qui m'ont dit en parlant de patient : « je ne saurais pas expliquer pourquoi, mais je sens que le patient va décompenser », dans la plupart des cas, cela s'avérait être vrai. Prendre confiance en soi par rapport à ce que l'on ressent demande au soignant une grande connaissance de soi-même mais également une importante capacité d'écoute et de discernement que j'espère acquérir durant ma carrière. L'observation clinique m'a toujours semblé être un élément fondamental du soin. Et, les lectures que j'ai pu effectuer tout au long de ce travail et les échanges avec les professionnels ont conforté ce constat.

6.3 Entretien IDE

Comme souligné par E. Bourrat (2014), infirmière dans un hôpital psychiatrique, l'entretien IDE est un : « support pour un travail individualisé, d'expression et de réflexion, c'est aussi un temps individualisé s'inscrivant dans une logique thérapeutique. ». (p. 39). C'est ainsi un outil de personnalisation de prise en soins qui repose sur l'élaboration d'un contrat de soins en collaboration avec le patient. Le contrat établit un cadre rassurant pour le patient et assure une cohérence des pratiques pour les intervenants. (Descharmes et al., 2010, p. 11). Durant l'entretien, des objectifs de prise en soins sont posés avec le patient et sont fixés via un contrat. Cela permet de donner une position d'acteur au patient dans sa prise en charge : « L'entretien infirmier va nous permettre de construire une relation thérapeutique où le patient aura un rôle d'acteur et d'expert dans sa prise en charge ». (Rybak et al., 2004, p. 295). Les entretiens permettent de mettre en lumière les ressources du patient, de lui redonner confiance en lui et de lui faire construire des projets. En effet, il s'agit d' : « un moment privilégié d'échange où il peut exprimer ses difficultés. C'est aussi un temps d'accompagnement pour l'aider à exprimer son vécu. » (Rybak et al., 2004, p. 295). Ces citations sont cohérentes avec le discours des deux professionnels que j'ai interviewés. L'IDE 1 affirme que l'entretien permet au patient de verbaliser ses émotions et que cela a un effet positif. L'IDE 2 va dans le même sens en relatant que l'entretien permet au patient de « se sentir écouté et entouré » et que le patient « redevient un être humain ». Or, dans une addiction à substance, le patient s'enferme peu à peu dans le produit, il perd le contrôle face au produit, ce qui le dépossède de toute confiance en lui et le conduit dans un isolement. (Inserm, La science pour la santé, 2020). De plus, l'entretien permet de remettre du projet dans la vie du patient, comme mentionné par l'IDE 2 : « un dérivatif pour qu'il ait un objectif sur autre chose, soit retrouver un travail ou avoir une autre activité ». Et pour qu'à terme le patient reprenne peu à peu confiance en ses capacités.

Certaines pathologies psychiatriques restent taboues au sein de la société et comme l'ont souligné les professionnels que j'ai pu interroger, les patients éprouvent de la honte et de la culpabilité par rapport à leurs comportements addictifs et ont tendance à le cacher à leur entourage. Pour moi, l'entretien IDE dispose de réels bénéfices. Il représente un moment privilégié avec le patient. Il s'agit d'un moment

riche, où l'on dispose de temps pour se poser avec lui, de lui montrer que l'on lui accorde du temps. De plus, les outils des entretiens telle la reformulation évoquée lors du cadre théorique et par l'IDE 1 durant l'entretien permet au patient de se sentir écouté et compris. Et je pense que le fait de se sentir entouré et non jugé, permettra probablement de lui faire regagner la confiance en lui qu'il a perdue. Les objectifs contractualisés donnent l'opportunité de voir une évolution dans la prise en charge et de souligner au patient qu'il avance vers la guérison.

Je finirai cette discussion par un échange avec un formateur de l'IFSI durant mes premiers mois au sein de l'école. Il a prononcé une phrase qui m'accompagne depuis : « Il faut que tu prennes soin de toi avant de pouvoir prendre soin des autres ». Ces quelques mots ont pris sens au fur et à mesure de mes différents stages. En effet, avant d'être des soignants, ou futurs soignants, nous sommes des êtres humains avec des émotions et des limites. Et je pense que, pour un soignant il est parfois difficile de mettre son orgueil de côté et accepter de dire que l'on ne va pas bien ou que l'on se sent dépassé par une prise en charge. Et c'est là que le travail en équipe prend tout son sens pour moi. La richesse d'une équipe permet à chacun de se décharger et d'échanger avec ses collègues par rapports aux écueils d'une situation complexe pour pouvoir ainsi se préserver et demeurer disponible pour les autres patients.

À l'issue de l'exploration théorique et des entretiens réalisés, j'ai pris conscience de l'importance que peut avoir le soignant lors de la prise en soins d'addictions. La honte et la culpabilité que ressentent les patients vis-à-vis de leur addiction les enferment peu à peu de leur entourage. Le soignant représente une personne clé, à la fois pour dépister au plus tôt la genèse de comportements addictifs chez un patient, et une fois l'addiction installée, un intermédiaire pour le patient pour que ce dernier parvienne à verbaliser ses craintes et trouver les ressources nécessaires pour atteindre la rémission. Je m'interroge sur la posture du soignant vis-à-vis d'un patient addicté, quelles sont les attitudes facilitatrices d'une prise en soins, mais d'un autre côté, quels sont les éléments qui peuvent être un frein à cette prise en soins. Ainsi, ma question de recherche est la suivante : En quoi la posture du soignant peut-elle avoir un impact sur la prise en soins des troubles addictifs d'un patient ?

7 Conclusion

Ce travail m'a permis d'explorer un certain nombre de questionnements émanant de la situation d'appel. Une recherche théorique a été effectuée à partir des concepts évoqués dans la question de départ. Ces éléments théoriques ont été confrontés à l'avis de professionnels de terrain. Les entretiens réalisés ont permis de rappeler l'importance de l'observation clinique et de la connaissance de son patient. Ces deux éléments sont des composantes fondamentales du rôle propre de l'IDE autant en santé mentale qu'en soins somatiques.

L'élaboration de ce travail a demandé des remises en question. Des décisions non aisées ont dû être prises, notamment lors de la construction du cadre théorique, afin de respecter le nombre de pages demandé. Les nombreuses remises en question pour savoir sous quel angle aborder les concepts de la question de départ ont parfois entraîné un sentiment de frustration parce qu'il était impossible de tout explorer. Malgré les écueils rencontrés, l'investissement dans ce travail m'a fait mûrir dans mes réflexions et dans ma posture de future professionnelle. Les connaissances acquises durant l'exploitation théorique et les mots des soignants m'accompagneront dans ma future carrière.

Chaque être humain est unique si bien que chaque pathologie aura des manifestations différentes. Les addictions requièrent une prise en soins individualisée reposant sur une authenticité des relations et nécessitent un partenariat entre le patient et les soignants. Ce sont des pathologies qui sont parfois difficiles à comprendre et à appréhender, autant du point de vue des soignants que de l'entourage des patients. Le cœur du rôle de soignant réside, selon moi, sur l'acquisition de compétences telles que la capacité d'écoute, de compréhension, de disponibilité et de savoir prendre du recul sur une situation pour parvenir à la construction d'une alliance thérapeutique. Il ne faut pas perdre en mémoire de considérer un patient dans son entièreté d'être humain afin de décoder à la fois la subtilité de ses paroles et de son langage corporel. Mon appétence pour les soins relationnels réside dans la recherche d'outils ou de « portes d'entrée » pour instaurer et entretenir une relation de confiance avec le patient afin de rendre chaque prise en soin singulière.

8 Bibliographie

- Lapeyre-Mestre, M. (2013), *Addiction médicamenteuse : Quelles données pour évaluer et prévenir ?*, Psychotropes, Vol. 19(1), 65-80.
<https://doi.org/10.3917/psyt.191.0065>
- Prévention, M. de la S. (2023). *Addictions*. Ministère de la Santé et de la Prévention.
<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
- Assurance Maladie. (2022). *Addiction : définition et facteurs favorisants*.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/definition-facteurs-favorisants#:~:text=L'addiction%20a%20des%20cons%C3%A9quences,de%20consommation%20ou%20de%20pratique.>
- Advices, C. (2018). *Une demie-vie, qu'est-ce que c'est ?*
<http://psychotropes.info/wordpress/2018/03/9-une-demi-vie-quest-ce-que-cest/>
- Bontemps, F. (2021). Les benzodiazépines. *L'Infirmière*, 13, 35-38.
- Bourrat, E. (2014). L'entretien infirmier en psychiatrie. *L'infirmière magazine*, 337, 39.
- Cadet-Tairou, A., & Brisacier, A.-C. (2013). *Médicaments psychotropes non opiacés*. 258-265.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13med.pdf>
- Descharmes, J., Mannevy, J., & Serre, R. (2010). Le contrat de soins. *L'infirmière magazine*, 260, 11.
- Addictohug. (2022). *Distinction entre addiction et dépendance* [vidéo]. YouTube.
<https://pro.addictohug.ch/distinction-entre-addiction-dependance/>
- HAS. (2022). *Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf
- Favrod, J. & Nguyen, A. (2020). Le dévoilement de soi du clinicien. *Santé mentale*, 249, 24.
- Friard, D. (2017). Quelle place pour l'entretien infirmier ? *Santé mentale*, 218, 22-70.
- Inserm, La science pour la santé. (2020). *Addictions*.
<https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
- Legifrance. (2019). *Code de la santé publique*.
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190610/2020-12-28/>
- Liné, C. & Satori, N. (2022). L'alliance thérapeutique. *Soins psychiatrie*, 343, 47-48.
- Assurance Maladie. (2023). *Les médicaments à risque d'usage détourné et de dépendance*.
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/medicaments-usage-detourne-dependance>

Assurance Maladie. (2022). *La prise en charge des troubles addictifs*.

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/addictions/prise-en-charge#:~:text=La%20prise%20en%20charge%20d'une%20addiction%20est%20pluridisciplinaire,.et%20d'un%20accompagnement%20social>

HAS. (2018). *Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ?*

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2863043/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-anxiete

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022). *Le bon usage des benzodiazépines par les professionnels de santé*.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/bon-usage-par-les-professionnels/article/le-bon-usage-des-benzodiazepines-par-les-professionnels-de-sante>

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. (s.d.). *Que nous dit la science des addictions ?*

<https://www.drogues.gouv.fr/que-nous-dit-la-science-des-addictions#:~:text=Les%20substances%20psychoactives%20lib%C3%A8rent%20la,cerveau%20d'e%20continuer%20de%20consommer.>

Le Robert Dico en Ligne. (s.d.).

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/alliance>

Rybak, C., Beauzée, N. & Lelevrier-Vasseur, A. (2004). L'entretien infirmier en santé mentale, ressources et compétences du patient. *Thérapie Familiale*, 25, 293-302.

<https://doi.org/10.3917/tf.043.0293>

Simon, C. (2020). Aide-soignante en addictologie, au cœur de la relation d'aide. *Soins Aides Soignantes*, 95, 20-21.

De Sousa, C., Romo, L., Excoffier, A. & Guichard, J. (2011). Lien entre Motivation et Insight dans la prise en charge des addictions : The link between motivations and insight in the management of addictions. *Psychotropes*, 17, 145-161.

<https://doi.org/10.3917/psyt.173.0145>

Varescon, I. (2005). *Psychopathologies des conduites addictives : alcoolisme et toxicomanie*. Belin.

Images page de garde :

https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fst4.depositphotos.com%2F16806196%2F24039%2Fi%2F450%2Fdepositphotos_240390142-stock-photo-women-sitting-floor-crying-depression.jpg&tbnid=Nt8HK4_JGE6ncM&vet=12ahUKEwj23P_R8dP-AhX8kScCHZB7DZIQMyghegUIARCjAg..i&imgrefurl=https%3A%2F%2Ffr.depositphotos.com%2F482266624%2Fstock-photo-women-feeling-lonely-sad-psychological.html&docid=Fb6IBuyCjkj-

[cM&w=600&h=400&q=femme%20assise%20par%20terre&hl=fr&ved=2ahUKEwj23P_R8dP-AhX8kScCHZB7DZIQMyghegUIARCjAg#imgrc=GLTnvfdoK8wirM&imgdii=Nt8HK4_JGE6ncM](https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fstatic.allodocteurs.fr%2Fbtf-11-35580-thumb-320%2F5e5f74d87dce781f65e32781e7af4a55%2Fmedia.jpg&tbnid=y7G7U3Pb7RTvLM&vet=12ahUKEwilwv6D89P-AhWlsCcCHZJQByIQMygDegUIARDpAQ..i&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.allodocteurs.fr%2Fbenzodiazepine%2F&docid=4H4OCodxZ_YP8M&w=320&h=179&q=benzodiaz%C3%A9pines&hl=fr&ved=2ahUKEwilwv6D89P-AhWlsCcCHZJQByIQMygDegUIARDpAQ#imgrc=y7G7U3Pb7RTvLM&imgdii=QULV7ZLBo42k4M)
https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fstatic.allodocteurs.fr%2Fbtf-11-35580-thumb-320%2F5e5f74d87dce781f65e32781e7af4a55%2Fmedia.jpg&tbnid=y7G7U3Pb7RTvLM&vet=12ahUKEwilwv6D89P-AhWlsCcCHZJQByIQMygDegUIARDpAQ..i&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.allodocteurs.fr%2Fbenzodiazepine%2F&docid=4H4OCodxZ_YP8M&w=320&h=179&q=benzodiaz%C3%A9pines&hl=fr&ved=2ahUKEwilwv6D89P-AhWlsCcCHZJQByIQMygDegUIARDpAQ#imgrc=y7G7U3Pb7RTvLM&imgdii=QULV7ZLBo42k4M

Annexe I. Guide d'entretien

« Bonjour, je m'appelle Maïwenn Panaget, je suis étudiante infirmière en 3^e année et j'étudie au sein de l'IFSI du CHU Pontchaillou à Rennes.

C'est dans le cadre de mon mémoire de fin d'études que je vous sollicite pour cet entretien.

Je vous remercie d'avoir accepté ma demande et de m'accorder de votre temps. La retranscription de cet entretien sera anonymisée et l'enregistrement sera ensuite détruit.

Êtes-vous d'accord que je vous enregistre ?

Le thème de mon mémoire de fin d'études porte sur : L'entretien infirmier dans la prise en soins des addictions. »

Questions de l'entretien :

Concepts, thèmes	Objectifs attendus	Question posée
Compétence professionnelle	Connaître le profil des IDE Connaître les compétences spécifiques pour travailler dans un service d'addictologie.	Depuis combien de temps êtes- vous diplômé.e infirmier.ère ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? Selon vous faut-il disposer de compétences professionnelles spécifiques pour travailler dans un service d'addictologie et si oui lesquelles ?
Addiction médicamenteuse	Connaître ce que signifie l'addiction médicamenteuse pour un.e infirmier.ère	Pour vous, qu'est-ce que l'addiction médicamenteuse ? Dans votre exercice professionnel, y avez-vous déjà été confronté ? Si oui, dans quel contexte ?
Prescription conditionnelle et traitements anxiolytiques	Découvrir l'existence ou non d'outils pour objectiver la décision de l'IDE pour administrer ou non le traitement prescrit en conditionnel.	Dans le cadre d'une prescription conditionnelle d'anxiolytique, utilisez- vous des outils pour motiver votre décision d'administrer ou non le traitement anxiolytique ? Si oui le ou lesquels ?
Alliance thérapeutique	Connaître les éléments incontournables et/ou spécifiques dans la prise en	Selon vous, existe-t-il des techniques spécifiques pour créer une alliance thérapeutique avec un

	soins pour créer une alliance thérapeutique avec un patient souffrant d'addiction.	patient souffrant d'addiction et si oui lesquelles ?
Entretien thérapeutique infirmier	<p>Savoir s'il existe ou non une plus-value à réaliser des entretiens thérapeutiques auprès de patients souffrants d'addictions.</p> <p>Savoir si les entretiens thérapeutiques influencent sur le comportement du patient dans sa demande de traitement conditionnel ?</p>	<p>Selon vous, l'entretien thérapeutique infirmier est-il un plus dans la prise en soin d'un patient souffrant d'addiction ? Et en quoi ?</p> <p>En quoi l'entretien thérapeutique infirmier peut-il aider ou non le patient à diminuer ses demandes de traitement prescrit en conditionnel ?</p>

Conclusion de l'entretien :

Objectif : Laisser la place aux professionnels pour s'exprimer sur des éléments non abordés durant l'entretien ?

« Aimeriez-vous ajouter des éléments non abordés lors de cet entretien ? »

Annexe II. Retranscription du premier entretien

- Bonjour, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI de Pontchaillou à Rennes. C'est dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude que je vous sollicite pour cet entretien. Merci d'avoir accepté ma demande et de m'accorder de votre temps. La retranscription de cet entretien sera anonymisée et ensuite détruite. Le thème de mon mémoire de fin d'études porte sur l'entretien infirmier dans la prise en soins des addictions. Je vais commencer mes questions.

Depuis combien de temps êtes-vous diplômée infirmière ?

- Alors, je suis diplômée depuis 2017.

- D'accord. Et depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

- Sur l'unité des Iris, j'y suis depuis août 2019.

- Selon vous faut-il disposer de compétences professionnelles spécifiques pour travailler dans un service d'addictologie ? Et si oui, lesquelles ?

- C'est une bonne question, euh des compétences spécifiques. Je ne sais pas trop s'il faut des compétences particulières. C'est vrai que l'addictologie a quelques spécificités par rapport à d'autres services. C'est vrai qu'il faut accepter, je ne sais pas si c'est vraiment une compétence, mais accepter de ne pas forcément maîtriser et contrôler la situation comme cela peut être le cas dans des services somatiques par exemple, où il y a un état de crise, on a des solutions et puis on agit de cette façon. L'addictologie, il y a ce côté où on accompagne le patient dans son projet et à son rythme même si parfois on voit les choses autrement ou on aurait envie de faire les choses autrement, il faut avoir cette capacité de ne pas transférer ses propres envies sur le patient et vraiment d'être dans l'accompagnement au rythme du patient.

- D'accord merci. Et plus au niveau des qualités requises au niveau professionnelles ?

- Ce qui est un peu global à la profession infirmière mais qui l'est peut-être plus particulièrement en addicto, c'est vraiment la bienveillance et le non-jugement. C'est vrai que pour établir le lien de confiance avec un patient, en tout cas pour la pratique qu'on a ici en addicto, l'idée c'est vraiment de ne pas juger les pratiques et de se montrer bienveillant pour que le lien de confiance puisse se créer et que la personne soit suffisamment en confiance pour parler de ses difficultés même s'il y a eu des re-consommations, de pouvoir être authentique avec nous. C'est aussi comme ça qu'on construit un projet de soin le plus personnalisé possible. C'est vraiment cette idée de bienveillance et de non-jugement, d'empathie. Je réfléchis mais je n'ai rien d'autres qui me vient à l'esprit là.

- Merci pour ces réponses. Ensuite, pour vous, qu'est-ce que l'addiction médicamenteuse ?

- Qu'est-ce que l'addiction médicamenteuse ? Déjà si je décortique, l'addiction ce serait une consommation, une problématique de dépendance sur des médicaments. Nous on en rencontre dans

notre pratique. On peut en retrouver sur des traitements type benzodiazépines, ou aussi sur des traitements opiacés comme la morphine.

- Voilà, c'était plus sur l'addiction aux benzodiazépines que je voulais vous amener. Vous m'avez dit que durant votre exercice professionnel vous y avez déjà été confrontée. Dans quel contexte ? Est-ce que vous pouvez me décrire une situation ?

- Alors il y a vraiment plusieurs cas de figures. On peut avoir des personnes qu'on va dire poly consommatrices, qui vont être plutôt précaires, qui vont avoir rencontrés plusieurs produits au cours de leur vie. Alors je réfléchis en même temps, c'est des patients que j'ai pu avoir, notamment des patients précaires, qui vivent dans la rue. J'avais par exemple un patient qui consommait de l'héroïne et un jour il n'avait pas d'héroïne et quelqu'un lui a proposé de prendre du Valium ®, donc une benzodiazépine, et l'accroche se fait vite aussi sur ces traitements-là. Donc voilà cela peut être des patients polyconsommateurs qui sont amenés à rencontrer à un moment le traitement et vu qu'il y a cette fragilité, si je peux dire ça comme ça, cette prédisposition au produit et bien il y a une accroche assez rapide. Et puis parfois, suite à une prescription de benzodiazépines, on se rend compte que parfois c'est prescrit soit par rapport à une anxiété ou autre. Et normalement ce sont des traitements de courte durée, des traitements qui sont cadrés avec une diminution progressive. Et en fait, parfois on a des patients qui arrivent et ça fait des années qui sont sous benzo, et effectivement, on voit bien que l'addiction est présente. Et, à la base je pense que c'était plus par rapport à une problématique somatique qu'ils ont rencontré ce traitement-là, et il n'y avait pas forcément de dépendance à la base, et la dépendance s'est créée parce que la prescription était peut-être mal organisée.

- Dans le cadre d'une prescription conditionnelle d'anxiolytiques, est-ce que vous utilisez des outils pour motiver votre décision d'administrer ou non ce traitement.

- Si je comprends bien, c'est par exemple si un patient me sollicite pour un traitement benzo si besoin, comment on évalue la pertinence de lui donner ?

- Oui c'est exactement ça.

- Je sais que nous, on a beaucoup de prescription de Valium ® parce que c'est un traitement qui est utile dans le sevrage alcoolique. Après c'est vrai que souvent l'amalgame est fait. Les patients ont souvent l'impression que c'est un traitement qu'on va utiliser quand les envies au niveau psychiques sont là. Alors que normalement, le Valium ® est là pour aider contre les envies physiques, sur les signes de sevrage physiques tels que les tremblements ou les sueurs. Donc on essaie, quand le patient nous sollicite, en tout cas pour le Valium ®, on essaie d'évaluer un peu la présence ou pas des signes de sevrage : est-ce qu'il y a des tremblements ? Est-ce qu'il y a des sueurs ? Si ce n'est pas le cas, on essaie de différer ou de proposer autre chose. Après, par contre, on a aussi des patients qui arrivent avec un traitement par Valium ® depuis longtemps, donc on peut être amené à le délivrer quand même pour que la diminution soit progressive. Et pour d'autres traitements benzodiazépines, comme l'Alprazolam ou

le Prazépam, on essaie vraiment de questionner ce qui amène le patient ici, on essaie d'évaluer le niveau d'anxiété interne. Dans un premier temps, on essaie d'aller chercher chez le patient qu'est-ce qui pourrait lui apporter de l'apaisement, par exemple écrire, dessiner ou aller marcher. C'est l'idée d'essayer de trouver des solutions autres. Et parfois on réévalue un peu à distance, et si l'état de tension est le même, effectivement, on donne le traitement. Et parfois, on voit que l'abord médicamenteux est vraiment nécessaire en tout cas sur l'instant. Quoi qu'il en soit, on essaie vraiment pour tous ces traitements-là, de rappeler à chaque fois que c'est un traitement ponctuel, et que l'idée c'est qu'on le diminue, et que ça peut être une béquille à un moment, mais qu'on essaiera de l'arrêter. On essaie d'être vigilant et de le rappeler à chaque fois.

- Oui, que c'est l'idée d'un traitement provisoire.

- Oui c'est ça.

- Hum, j'ai eu le cas d'un patient qui m'a expliqué qu'il y avait du trafic de rue de benzodiazépines. Parfois lorsqu'on réalise des analyses toxicologiques on retrouve des benzodiazépines dedans alors que ces patients étaient hospitalisés en addictologie pour une addiction à une autre drogue.

- D'accord. Je vais vous questionner maintenant sur l'alliance thérapeutique. Selon vous, est-ce qu'il existe des techniques spécifiques pour créer une alliance thérapeutique avec un patient souffrant d'addiction. Et si oui, quelles pourraient être ces techniques ?

- En fait, si, il y a des techniques, mais en addictologie cela va dépendre de leur stade de maturation. En addicto, on utilise beaucoup le cercle de Prochaska avec les stades de maturation. Et, en fonction d'où se situe le patient dans sa problématique, on va vraiment essayer de s'adapter à ça. Je sais qu'ici, dans le service dans lequel je travaille, on est un service de cure, on a des patients qui sont dans une phase d'action. Nos techniques sont un peu de déjà, valoriser la démarche, d'être déjà un peu dans la recherche d'outils, sans les induire nous-même, on veut vraiment que cela vienne du patient, c'est d'amener le patient à établir ses propres réflexions sur tout ça. Parfois, on a des patients qui arrivent ici et qui sont encore dans un stade de contemplation dans le sens où il y a encore un peu d'ambivalence. Ils mesurent que la consommation peut être problématique mais ils ne sont peut-être pas encore tout à fait prêts. Et c'est là qu'on utilise l'entretien motivationnel, qui est une technique d'entretien où l'idée c'est de créer l'ambivalence chez le patient ou en tout cas de faire émerger quelques contradictions entre les valeurs du patient et ce que les consommations peuvent induire chez lui, tout en restant évidemment dans l'idée d'amener le patient à ça et de ne pas l'induire, ne pas être dans une position de jugement ou de sachant avec le patient. Et dans l'entretien motivationnel, c'est vraiment des questions ouvertes, c'est beaucoup de reformulations aussi. La reformulation je pense qu'elle va permettre de montrer, pour faire du lien avec la question sur l'alliance thérapeutique, qu'on est attentif à ce que dit le patient et aussi de s'assurer qu'on parle bien de la même chose, qu'il n'y a pas d'interprétation de notre part. Et je pense que de manière globale, pour instaurer l'alliance thérapeutique, je ne dirais pas qu'il y a une technique

particulière, mais juste vraiment être là, être attentif, montrer qu'on entend les choses et rechercher le feedback pour être sûr de bien comprendre les choses. Ici, dans le service l'entretien motivationnel c'est un outil qui nous est régulièrement utile. Je ne sais pas si j'ai vraiment répondu à ta question ?

- Si, si si, merci. Selon vous, l'entretien thérapeutique infirmier est-il un plus dans la prise en soin d'un patient souffrant d'addiction ? Et si oui, en quoi ?

- Je pense que oui. Nous aussi on fonctionne sur des références infirmières, on a des temps d'entretien d'accueil, de suivi et de sortie. Et c'est vrai qu'on n'a pas forcément la même approche que lors d'un entretien médical où par exemple, l'entretien médical d'accueil, c'est un peu un recueil de données et les entretiens de suivi sont quand même axés sur les thérapeutiques. Nous en tant qu'infirmier, on vit au quotidien avec eux, on partage les repas avec eux, on participe aux activités. Donc je pense qu'on a quand même un lien qui est un peu différent avec eux, qui nous permet de questionner un peu plus de manière concrète ce qui se passe pour eux parce qu'on est là sur le quotidien. Donc quand ils sont en difficulté, ils nous sollicitent ou on va vers eux. On a des systèmes de permission, donc des journées où les patients sortent de l'unité pour se reconfronter au quotidien, et nous on va beaucoup questionner leurs ressentis, comment ils se sentent par rapport à ça, est-ce qu'ils ont réfléchi à des stratégies s'ils sont en difficulté. Je pense que vu qu'on est plus présents au quotidien, le lien se fait peut-être différemment aussi, nous on ne les voit pas juste une demi-heure comme ça donc on a peut-être plus de matière pour questionner les ressentis. Oui je dirais ça sur le plus, le fait qu'on soit plus présents et qu'on voit peut-être plus de choses que juste sur un entretien médical. Un médecin qui va être là juste une journée par semaine, les médecins ont connaissance de ce qu'on nous on peut leur apporter mais le fait de partager tout ça avec le patient, cela rend plus facile l'échange.

- Oui, vous avez un autre œil sur la situation.

- En plus, ici dans l'unité on ne porte pas la blouse. Lorsque les patients voient le médecin, c'est carré, ça met moins en confiance entre guillemets. Donc du côté infirmier, on n'a pas la blouse, on essaie d'être sur une position d'égal à égal, on essaie de jouer là-dessus et je pense que c'est bénéfique pour la relation avec le patient. Bien qu'ici, les médecins ne portent pas forcément la blouse et sont globalement très bienveillants mais il y a une vision du médecin qui fait parfois plus peur au patient que les infirmiers.

- D'accord, merci. Et ce sera la dernière question : en quoi l'entretien thérapeutique infirmier peut-il aider ou non le patient à diminuer ses demandes de traitements prescrits en conditionnel ?

- Je pense que parfois on a des profils de patients pour qui c'est difficile de parler de leurs ressentis, de ce qu'ils ressentent. Donc c'est vrai que demander un traitement ça peut être plus facile pour eux. Et on voit bien que lorsqu'on essaie d'aller chercher un peu ces patients-là, de poser des questions sur est-ce qu'il y a des idées particulières ou est-ce qu'il y a de l'angoisse ou de l'anxiété, qu'est-ce qu'il se passe en eux, on arrive à accéder à des choses. Et parfois, le simple fait de verbaliser un peu, on sent que ça leur permet de lâcher quelque chose et ce sont souvent des patients qui n'ont pas trop l'habitude ou qui

n'arrivent pas trop à parler de ce qu'ils ressentent parce le produit en général il est là pour un peu cacher les émotions, pour ne pas que tout ça s'exprime et donc on leur réapprend un peu à parler d'eux et certains se surprennent à ressentir du bien-être lorsqu'ils arrivent à lâcher les choses. Donc on leur dit que l'idée de l'entretien ce n'est pas de les embêter mais de les aider à comprendre ce qu'il se passe. Chez les personnes qui n'ont pas trop l'habitude de parler, on sent que ça leur fait du bien lorsqu'ils arrivent à le faire. En fait, je trouve que ce qui pose souvent souci chez les patients en addictologie c'est justement la gestion des émotions et donc le produit vient cacher ça et le traitement anxiolytique si besoin parfois c'est un peu le moyen de se dire : là je ressens un truc que je ne maîtrise pas trop donc je prends le si besoin. Et le simple fait de s'autoriser à accueillir ce qu'il se passe et de se dire : ok je ressens de la colère ou de la tension parce que j'ai envie de consommer. Rien que ça, le fait d'accueillir l'émotion et de l'accepter c'est la valider et accepter le fait qu'on la ressent et rien que ça parfois ça suffit à faire du bien.

- Merci pour toutes ces réponses. Pour conclure, est-ce que vous aimeriez rajouter des éléments qui n'auraient pas été abordés durant cet échange ? Ou est-ce que des éléments vous reviennent par rapport à certaines questions ?

- Insister sur le fait que l'entretien en addicto ce qui est important c'est le fait d'être avec le patient et de suivre son projet et de l'accompagner dans ce qu'il veut et à son rythme. Même si parfois on voit des patients qui par exemple vont se projeter sur une gestion de leur consommation, nous au fond de nous-même on se dit que c'est compliqué. Il faut vraiment essayer de mettre ça de côté et d'accompagner le patient dans ce qu'il veut lui. Voilà je pense que c'est ça. Ah si, par rapport aux traitements si besoin, j'ai l'exemple d'un patient qui me revient en tête. On a eu le cas d'un patient qui a tendance à solliciter de façon un peu systématique son si besoin d'anxiolytique en mettant au premier plan ses envies de consommer. Et je pense que si on s'arrête à ça effectivement, et bien envie de consommer et donc on a envie de donner quelque chose pour le soulager. Et finalement en creusant un peu, c'est quelqu'un qui rumine. Et le fait qu'il n'y ait plus le produit, ça laisse beaucoup de temps libre et donc beaucoup de temps de ruminations donc on peut comprendre que ce soit difficile. Mais finalement il disait bien que le but du produit c'était de se casser la tête et de se séder pour que les journées passent plus vite. Et là, l'indication du traitement on la remet un peu en question parce qu'il y a d'autres moyens d'essayer de passer le temps et donc on essaie de proposer des choses. Après parfois on a des patients pour qui c'est compliqué de trouver ce qui peut les occuper, donc on peut être amené à leur proposer des choses et on voit que c'est efficace. Juste de lui proposer d'aller marcher un peu, ou de proposer de faire un jeu de société ou de mettre un film, et finalement ça suffit parfois.

- Est-ce que vous avez des échelles pour évaluer cette anxiété ou état de tension interne ?

- En fait c'est un peu des outils qu'on se crée, des échelles de 0 à 10 pour évaluer l'état de tension interne par exemple. On essaie aussi de questionner sur les ressentis corporels, qu'est-ce que vous ressentez en

vous ? Si c'est à la gorge par exemple, on va demander si c'est une boule par exemple. On essaie de questionner pour un peu comprendre où c'est localisé, pour un peu qualifier ce qu'ils ressentent, parce que pour certains parler de ressentis c'est compliqué, on n'a pas forcément les mots non plus.

- C'est un peu pour les faire verbaliser ?

- Oui, on n'a pas vraiment d'outils concrets, c'est un peu fait à notre sauce.

- Très bien. Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions.

- Pas de souci, avec plaisir.

Annexe III. Retranscription du deuxième entretien

- Bonjour, je suis étudiante infirmière en troisième année à l'IFSI de Pontchaillou à Rennes. C'est dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude que je vous sollicite pour cet entretien. Merci d'avoir accepté ma demande et de m'accorder de votre temps. La retranscription de cet entretien sera anonymisée et ensuite détruite. Le thème de mon mémoire de fin d'études porte sur l'entretien infirmier dans la prise en soins des addictions. Je vais commencer mes questions.

Depuis combien de temps êtes-vous diplômée infirmier ?

- Depuis 40 ans
- D'accord. Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre service actuel ?
- Depuis une dizaine d'années.
- Selon vous faut-il disposer de compétences professionnelles spécifiques pour travailler dans un service d'addictologie ? Et si oui lesquelles ?
- Je pense qu'au départ il faut avoir une formation générale, donc il faut se former comme tout étudiant. On acquiert nos connaissances au fur à mesure des stages ou des lieux de travail on a exercé et c'est ça qui nous construit en fin de compte, c'est vraiment important. Et pour travailler en équipe d'addictologie. En fin de compte il faut avoir un certain recul parce que c'est une prise en charge un peu particulière donc il faut quand même connaître la pathologie plus tout le système autour pour des structures et cetera. Donc au départ on n'est pas vraiment apte à prendre en charge sauf dans les notions d'urgence parce qu'en fin de compte c'est une prise en charge normale.
- Pour vous, qu'est-ce que l'addiction médicamenteuse ?
- L'addiction en fin de compte ça peut être sous plusieurs formes. Il y a 2 formes spécifiques, elle est physique et psychologique. Donc l'addiction c'est une dépendance à un produit qui se crée par rapport à un mal-être d'une personne. Cela peut être soit sur son environnement social. Bah les addictions il y a différentes addictions mais c'est au fur et à mesure elle se construit parce qu'en fin de compte c'est un manque qui se crée et il y a tout un processus psychologique. Mais c'est au fur et à mesure on devient de plus en plus dépendant du produit ou des actes qu'on fait, et au fur et à mesure et bah ça se grandit et on est en manque, et en même temps c'est une chose où on s'enferme de plus en plus. Il y a un isolement qui se crée aussi par rapport à cette addictologie.
- Dans votre exercice professionnel avez-vous déjà été confronté à une addiction à des médicaments ?
- Oui, plusieurs fois d'ailleurs. Bah en fin de compte, j'ai connu toutes les addictions. L'alcool, toutes les drogues donc l'héroïne, la cocaïne, le tabac, le cannabis. En fait je les mets à peu près dans l'ordre chronologique hein des choses les plus importantes. Il y a aussi maintenant les

addictions aux jeux que j'ai moins connues. Mais je pense que c'est quelque chose qui va se créer, qui va être qui va être de plus en plus importante par rapport aux nouvelles technologies.

- Je voulais un peu orienter l'échange par rapport aux médicaments et en particulier par rapport aux anxiolytiques.
- L'addiction aux anxiolytiques oui parce qu'on est des grands consommateurs. Et je pense que des gens les prennent déjà parce que bon ils ont un mal-être, et je pense qu'avec les deux ou trois années qu'on a vécu dans notre société, ça a augmenté je pense le fait parce que des gens n'ont pas eu de contact social. C'est ce contact social qui a manqué dans notre société pendant la pandémie. Et donc par rapport à ça je pense que ça a augmenté cette problématique-là. Le fait aussi de ne plus avoir de vision sur le monde c'est quelque chose d'important, la perte d'espoir et beaucoup d'autres choses qui rentrent en jeu. Mais par rapport à médicaments, ben on prend des médicaments souvent parce qu'au départ on se dit que ça va passer, et au fur et à mesure on devient dépendant parce que malgré tout on soigne pas la cause. Le médicament aide à passer une phase mais après il faut toute une structure pour pouvoir être accompagné. Et c'est ça souvent que les gens n'ont pas en ressource.
- Vous m'avez dit que vous avez travaillé pendant dix ans en gériatrie aiguë. Et c'est quand même connu que la personne âgée a tendance à être polymédicamentée. Et, est-ce que vous avez rencontré beaucoup de personnes âgées qui prennent des anxiolytiques ? Et est-ce que vous avez vu des conséquences ?
- C'est surtout sur le sommeil. C'est le sommeil qui les gêne beaucoup. Anxiolytiques, je dirais un peu moins parce que, soit c'est vraiment pathologique depuis le départ donc ils ont un terrain qui explique ça. Donc après ce qui peut gêner c'est le fait qu'ils ne contrôlent pas les dosages et qu'ils se trompent aussi, donc ça peut être dangereux pour eux. Il y a aussi le fait qu'ils sont pas bien suivis par leur médecin, donc c'est un facteur aggravant. Le fait aussi qu'ils se retrouvent tous seuls donc ils n'ont plus que ça pour vivre, donc enfin de compte ça les tient, c'est quelque chose qu'ils peuvent passer sur leur soutien moral. C'est vrai que ça peut paraître bizarre mais parfois c'est vraiment considéré comme ça.
- OK, merci pour ces réponses. Dans le cas d'une prescription conditionnelle d'anxiolytiques est-ce que vous utilisez des outils pour motiver votre décision d'administrer ou pas le traitement anxiolytique ?
- Normalement on a des grilles, on a des grilles d'évaluation. C'est comme la douleur ou comme l'anxiété ou autre, on doit mesurer. En fin de compte, avant de traiter ou de donner un traitement il faut connaître son patient, donc il faut bien connaître son dossier médical, connaître les habitudes de vie où il était avant. Bien cerner son patient c'est comme dans toute pathologie, une infirmière doit bien connaître, donc bien se renseigner vis à vis de son médecin, des intervenants ou des aidants qui sont autour de lui. Et par rapport à tout ça, on analyse, on voit et on a un soutien aussi des équipes pluridisciplinaires du service. Il faut le médecin qui est le

prescripteur donc on se renseigne vis-à-vis de lui, on voit en fonction, on déclare aussi si on voit qu'il y a une surconsommation. Souvent à l'hôpital on arrive à avoir des règles parce qu'en fin de compte on essaie de contrôler les gens quand ils arrivent, on essaie de voir ce qu'ils ont dans leur sac, on ne leur laisse pas de traitement parce que ça peut être quelque chose de délétère pour eux ou un risque aussi par rapport à leur sécurité donc ça c'est une chose importante. Il y a aussi les intervenants qui sont psychologues, si on peut en avoir la psychologue est importante, le soutien des familles. C'est aussi un partenariat avec le patient donc créer un lien. Si en fin de compte le patient ne se dévoile pas au départ, il faut trouver une complicité donc l'approche est complètement différente, c'est une opportunité, il faut trouver des gestes, des mots, c'est un peu dans l'attitude, un petit truc qu'il vous a raconté et vous vous raccrochez à ça et après vous tissez un lien et au fur à mesure il se dévoile car il ne se dévoile pas tout de suite. Il faut apprendre à le connaître, il faut apprendre à le comprendre et après quand on a créé ce petit lien là, il se dévoile au fur à mesure du temps, et là c'est là où on arrive à essayer de soigner, d'adapter le traitement et de pouvoir peut-être le soigner en un mot.

- Et justement vous parliez d'échelle pour évaluer l'anxiété. Vous, comment faites-vous pour évaluer l'anxiété d'un patient ?
- En fait, en fin de compte, sur l'attitude, vous voyez que soit le patient peut tourner en rond, soit il est énervé. Vous le voyez donc à différentes phases, il y a des phases où vous allez voir il est détendu, quand vous le sentez qu'il commence à monter, donc c'est à vous de juger si vous donnez. Il faut souvent le donner. Moi je sais que sur des patients en gériatrie par exemple, lorsque je sentais que mon patient... hum... c'est une connaissance de votre patient parce qu'au départ la première fois vous faites plus ou moins avoir. C'est dans ce sens où en fin de compte il monte et, après vous donnez le traitement qui sera inefficace parce qu'en fin de compte il va le refuser ou il va être irrité ou autre, donc là on n'arrive pas. Donc après c'est à nous de voir, on commence à sentir les premiers signes, il y a des petits signes sur son attitude, sur ses mots, sur sa manière d'être, sa manière de parler et, en fin de compte on doit mettre nos sens en éveil et, quand vous voyez quelque chose qui sort de l'ordinaire parce que vous ne l'observez pas en règle générale, c'est là qu'il faut peut-être le lui donner. Il faut le donner toujours un petit peu en amont pour pouvoir qu'il y ait une efficacité du traitement. Et donc c'est la subtilité de notre métier qui fait qu'on est observateur et qu'on arrivera à lui donner au bon moment. Parce qu'après on sait souvent que quand on ne le donne pas au bon moment, on n'obtient pas les effets de l'efficacité de traitement et il peut y avoir un refus du patient et un repli sur soi-même et donc en fin de compte on n'arrive à rien et ça devient problématique.
- Donc pour résumer, il s'agit de bien connaître son patient pour pouvoir anticiper l'état de crise maximal pour pouvoir donner le traitement en amont.
- Oui tout à fait. En fin de compte, le si besoin nous sert à avoir cette fenêtre qui nous permet de donner, c'est à nous d'adapter. Donc c'est ça qu'on apprend au fur à mesure du temps. Plus on

devient senior dans nos pratiques, si on peut dire ça comme ça, tu peux, vous pouvez en fin de compte se dire bah voilà c'est à ce moment-là qu'il faut que je le donne. Mais c'est comme tout apprentissage on apprend et, au fur à mesure en fonction de tout le retour des informations qu'on reçoit ou qu'on voit, on se construit et, c'est ça qui fait notre valeur au fur et à mesure du temps.

- Oui, une bonne observation clinique.
- Oui, c'est l'observation clinique qui est importante et, la connaissance en amont de son patient et, le ressenti qu'on peut avoir aussi. Et c'est cette valeur là qu'on a ou qu'on n'a pas en fait, ce ressenti-là. Parce qu'en fin de compte, il y a des gens qui ne vont pas s'en rendre compte, qui vont passer à côté parce qu'ils ne sont pas tout à fait dans le métier. Il y en a d'autres qui le sont complètement. Donc c'est comme dans tout, comme dans tout métier, ceux qui sont passionnés, ceux qui le sont un peu moins. Donc voilà l'observation, la connaissance et le respect des règles d'éthique qui est aussi important.
- Bien, merci pour ces réponses. Tout à l'heure vous parliez justement du lien qui se crée avec le patient donc là je vais un peu plus orienter sur l'alliance thérapeutique. Selon vous, est-ce qu'il existe des techniques spécifiques pour créer une alliance thérapeutique avec un patient ?
- Je dirais que ça se fait un peu au feeling parce qu'en fin de compte il faut l'adapter. Chaque être humain est complètement différent donc en fonction de chaque être humain il faut avoir une attitude, il faut l'adapter en fonction de lui. Par exemple, il ne faut pas avoir de jugement déjà sur son patient, il faut le prendre comme il est et, ensuite un mot qui est important c'est l'opportunité. C'est adapter sa conduite et son approche en fonction de l'environnement et de ce qui se passe à ce moment-là. Profiter peut-être d'une chose, par exemple bah des fois vous avez un patient qui parle, il peut prendre un objet, il parle avec l'objet, par exemple un nounours sur un truc, il va dire ah tu vas mal. Et donc, il faut parler à nounours et faire comme s'il fait un transfert de sa personnalité, de ses émotions sur son objet. Et, donc vous profitez de cette opportunité-là, vous lui dites ah ben toi, en parlant donc à l'objet avec lequel il est en relation et vous profitez de ça, ou un autre vous le prenez par la main, vous discutez ou profitez de partager quelque chose ou une lecture ou s'il a un intérêt pour quelque chose. Il faut trouver une approche à quelque chose qui est pas du tout dans le contexte de l'hôpital mais qui permet de pouvoir accrocher notre patient pour pouvoir après créer ce lien. Donc le lien peut se créer de différentes manières, c'est à nous de voir.
- Oui il faut trouver la petite porte d'entrée pour entrer en contact et réussir à accéder à lui.
- C'est ça. Donc ça peut être soit ça, soit lecture, soit un bouquin, soit un centre d'intérêt qu'il. S'il aime le cheval, parlez sur le cheval. Et après on peut peut-être construire un truc qui permet d'aller sur notre sujet à nous. Mais au départ l'approche est pas du tout orientée sur ça, mais c'est la clé qui permet d'ouvrir la porte.
- Oui, c'est une belle métaphore. Selon vous, l'entretien thérapeutique infirmier est-il un plus dans la prise en soin d'un patient souffrant d'addiction ? Et si oui, en quoi ?

- L'entretien thérapeutique, oui. Parce qu'en fin de compte souvent dans les addictions, ils ont une mauvaise opinion d'eux, il y a tout l'environnement, il y a jugement, il y a le fait que bah ce n'est pas bien ce qu'ils font et après donc ils s'enferment complètement et souvent ils cachent leur addiction aussi parce qu'en fin de compte ce n'est pas bien par rapport à la société. Donc l'entretien thérapeutique sert à extérioriser toutes ces émotions, tout ce qu'il a. En fin de compte, il faut le faire parler pour essayer de comprendre l'être et après trouver des objectifs et fixer des objectifs avec lui pour pouvoir créer tout un programme de parcours, créer un parcours avec lui et en même temps un contrat aussi. Il y a toujours cette notion de contrat qui rentre en jeu dans les addictions. Un contrat avec un objectif et avec un planning pour voir si on atteint un objectif et donc si on atteint le contrat au fur et à mesure, parce que souvent les addictions se traitent en au minimum six mois voire un an je pense pour pouvoir avoir quelque chose. Et, il faut avoir plusieurs partenaires, il n'y a pas que l'infirmier, il y a toute une structure derrière. Et après on se réunit entre nous pour voir les échanges qu'on a eu avec lui et voir ce qui est en corrélation, ce qui ne l'est pas et, en fonction de tout ça on ressort et on voit sur quelle orientation on mène notre entretien, voilà.
- Bien, merci. On arrive sur ma dernière question. En quoi l'entretien thérapeutique infirmier peut-il aider ou non le patient à diminuer ses demandes de traitements prescrits en conditionnel ?
- Parce qu'en fin de compte il va se sentir écouté et entouré et il redevient un être humain donc ça c'est déjà une des 3 valeurs qui fait qu'en fin de compte il va peut-être diminuer ces volumes de prise par rapport à ça. Et, en même temps on donne souvent des traitements de substitution donc ça c'est la première phase et ensuite et après on obtient. Après c'est du long terme parce qu'il peut y avoir aussi des rechutes, ça dépend par exemple de la personnalité du patient, de son envie aussi. Il y a d'un côté sa volonté qui rentre beaucoup en jeu donc il faut lui donner de l'espoir et en même temps il faut qu'il trouve quelque chose, un dérivatif pour qu'il ait un objectif sur autre chose, soit retrouver un travail ou avoir une autre activité, quelque chose qui lui fasse plaisir parce qu'il faut qu'on dérive le plaisir qu'il avait par l'addiction. Tout son cerveau qui avait été noyé et nourri par le phénomène de stress, de dopamine tout ça donc ça il faut l'éliminer et recréer une autre envie mais une envie que lui se construit lui-même.
- Oui il faut que cette envie vienne du patient et non que l'on la lui impose.
- Oui voilà.
- Merci. Est-ce que vous aimeriez rajouter des éléments que je n'ai pas abordés durant l'entretien ou d'autres choses qui vous reviennent à l'esprit ?
- Je pense que ce qui compte beaucoup c'est toute la chaîne qu'on va créer en fin de compte. Le point de départ, c'est bien d'avoir un premier point de départ, parce que c'est là où on va prendre en soin nos patients et après c'est vraiment qu'il y ait une suite logique et un accompagnement tout au long de son parcours, ça c'est une chose importante. Et aussi, toujours être à l'écoute et lui dire qu'il peut appeler à tout moment. Et aussi avoir des relais pour qu'il ne soit jamais seul,

donc s'arranger avec tous les intervenants qui s'occupent de sa problématique et qu'il ait les numéros d'appel ou autre.

- Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions, merci pour cet échange.
- Il n'y a pas de quoi, avec plaisir.

Annexe IV. Tableaux d'analyse

Cadre théorique / thèmes : L'addictologie générale, compétences professionnelles pour travailler dans un service d'addictologie.

Objectif des entretiens : connaître les compétences spécifiques pour travailler dans un service d'addictologie.

IDE 1 / IDE 2

Addictologie générale			
Définition addiction Types d'addictions	Compétences du soignant en addictologie	Contrat de soins, projet de soins	Partenaires
<p>« L'addiction ce serait une consommation, une problématique de dépendance »</p> <p>« Il y a 2 formes spécifiques, elle est physique et psychologique. Donc l'addiction c'est une dépendance à un produit qui se crée par rapport à un mal-être d'une personne. il y a différentes addictions mais c'est au fur et à mesure elle se construit parce qu'en fin de compte c'est un manque qui se crée et il y a tout un processus psychologique. [...] au fur et à mesure on devient de plus en plus dépendant du produit ou des actes qu'on fait, on est en manque »</p> <p>« L'alcool, toutes les drogues donc l'héroïne, la cocaïne, le tabac, le cannabis »</p> <p>« addictions aux jeux »</p>	<p>« C'est vrai que l'addictologie a quelques spécificités par rapport à d'autres services. »</p> <p>« qu'il faut accepter, »</p> <p>« accepter de ne pas forcément maîtriser et contrôler la situation comme cela peut être le cas dans des services somatiques »</p> <p>« ne pas transférer ses propres envies sur le patient et vraiment d'être dans l'accompagnement au rythme du patient. »</p> <p>« capacité de ne pas transférer ses propres envies sur le patient et vraiment d'être dans l'accompagnement au rythme du patient. »</p> <p>« bienveillance et le non-jugement. »</p> <p>« ne pas juger les pratiques et de se montrer bienveillant »</p> <p>« bienveillance et de non-jugement, d'empathie »</p>	<p>« on accompagne le patient dans son projet et à son rythme »</p> <p>« projet de soin le plus personnalisé possible. »</p> <p>« suivre son projet et de l'accompagner dans ce qu'il veut et à son rythme »</p> <p>« accompagner le patient dans ce qu'il veut lui »</p> <p>« fixer des objectifs avec lui pour pouvoir créer tout un programme de parcours, créer un parcours avec lui et en même temps un contrat aussi »</p> <p>« notion de contrat qui rentre en jeu dans les addictions. »</p>	<p>« médecin »</p> <p>« il faut toute une structure pour pouvoir être accompagné. »</p> <p>« une infirmière [...] bien se renseigner vis-à-vis de son médecin, intervenants ou des aidants »</p> <p>« soutien des équipes pluridisciplinaires du service. »</p> <p>« psychologue »</p> <p>« soutien des familles »</p> <p>« avoir plusieurs partenaires, il n'y a pas que l'infirmier »</p> <p>« toute une structure »</p> <p>« on se réunit entre nous pour voir les échanges »</p>

<p>« il peut y avoir aussi des rechutes, ça dépend de la personnalité du patient, de son envie aussi »</p> <p>« sa volonté qui rentre beaucoup en jeu »</p>	<p>« s'adapter »</p> <p>« avoir un certain recul parce que c'est une prise en charge un peu particulière »</p> <p>« pas avoir de jugement »</p> <p>« il faut le prendre comme il est »</p> <p>« être à l'écoute »</p>	<p>« Un contrat avec un objectif et avec un planning pour voir si on atteint un objectif et donc si on atteint le contrat au fur et à mesure »</p> <p>« un accompagnement »</p> <p>« long terme »</p> <p>« souvent les addictions se traitent en au minimum six mois voire un an »</p>	<p>qu'on a eu avec lui et voir ce qui est en corrélation, ce qui ne l'est pas et, en fonction de tout ça on ressort et on voit sur quelle orientation on mène notre entretien »</p> <p>« avoir des relais pour qu'il ne soit jamais seuls »</p> <p>« s'arranger avec tous les intervenants »</p>
---	--	--	--

Cadre théorique / thèmes : L'addiction médicamenteuse

Objectif des entretiens : connaître ce que signifie l'addiction médicamenteuse pour un.e infirmier.ère

Addictions aux médicaments		
Définition	Caractéristiques de la population touchée	Effets recherchés par la prise de médicaments
<p>« une problématique de dépendance sur des médicaments »</p> <p>« On peut en retrouver sur des traitements type benzodiazépines »</p> <p>« L'addiction aux anxiolytiques oui parce qu'on est des grands consommateurs. »</p> <p>« on prend des médicaments souvent parce qu'au départ on se dit que ça va passer, et au fur et à mesure on devient dépendant parce que</p>	<p>« plusieurs cas de figures. »</p> <p>« des personnes qu'on va dire poly consommatrices, qui vont être plutôt précaires, qui vont avoir rencontrés plusieurs produits au cours de leur vie. »</p> <p>« qui vivent dans la rue »</p> <p>« Et puis parfois, suite à une prescription de benzodiazépines, on se rend compte que parfois c'est prescrit soit par rapport à une anxiété ou autre »</p> <p>« parfois on a des patients qui arrivent et ça fait des années qui sont sous benzo. ...] Et, à la base je pense que c'était plus par rapport à une problématique somatique qu'ils ont rencontré ce traitement-là, et il n'y avait pas forcément de dépendance à la base, et la</p>	<p>« le traitement anxiolytique si besoin parfois c'est un peu le moyen de se dire : là je ressens un truc que je ne maîtrise pas trop donc je prends le si besoin. »</p> <p>« un patient [...] solliciter de façon un peu systématique son si besoin d'anxiolytique en mettant au premier plan ses envies de consommer »</p> <p>« il disait bien que le but du produit c'était de se casser la tête et de se sédaté pour que les journées passent plus vites »</p>

<p>malgré tout on soigne pas la cause. »</p>	<p>dépendance s'est créée parce que la prescription était peut-être mal organisée. »</p> <p>« trafic de rue de benzodiazépines »</p> <p>« profil de patients pour qui c'est difficile de parler de leurs ressentis, de ce qu'ils ressentent »</p> <p>« je trouve que ce qui pose souvent souci chez les patients en addictologie c'est justement la gestion des émotions et donc le produit vient cacher »</p> <p>« quelqu'un qui rumine ».</p> <p>« Et le fait qu'il n'y ait plus le produit, ça laisse beaucoup de temps libre et donc beaucoup de temps de ruminations »</p> <p>« je pense que des gens les prennent parce que bon ils ont un mal-être »</p> <p>« pas eu de contact social »</p> <p>« C'est le sommeil qui les gêne beaucoup. »</p> <p>« c'est une chose où on s'enferme de plus en plus. »</p> <p>« Il y a un isolement qui se crée »</p> <p>« qu'ils se retrouvent tous seuls donc ils n'ont plus que ça pour vivre [...] c'est quelque chose qu'ils peuvent passer sur leur soutien moral »</p> <p>« ils ont une mauvaise opinion d'eux, il y a tout l'environnement, il y a jugement, il y a le fait que bah c'est pas bien ce qu'ils font et après donc ils s'enferment complètement et souvent ils cachent leur addiction aussi</p>	
--	---	--

	parce qu'en fin de compte ce n'est pas bien par rapport à la société »	
--	--	--

Cadre théorique / thèmes : Prescription conditionnelle et traitements anxiolytiques

Objectif des entretiens : découvrir l'existence ou non d'outils pour objectiver la décision de l'IDE pour administrer ou non le traitement prescrit en conditionnel.

Traitements anxiolytique conditionnels		
Traitements anxiolytiques	Outils	Conduite à tenir / rôle IDE
Benzodiazépines		
<p>« l'accroche se fait vite aussi sur ces traitements-là. »</p> <p>« traitements de courte durée, des traitements qui sont cadrés avec une diminution progressive. »</p> <p>« diminution soit progressive »</p> <p>« qu'ils ne contrôlent pas les dosages et qu'ils se trompent aussi, donc ça peut être dangereux pour eux. »</p> <p>« sont pas bien suivis par leur médecin, donc c'est un facteur aggravant. »</p>	<p>« on essaie d'évaluer un peu la présence ou pas des signes de sevrage : est-ce qu'il y a des tremblements ? Est-ce qu'il y a des sueurs ? »</p> <p>« on essaie vraiment de questionner ce qui amène le patient ici »</p> <p>« on essaie d'évaluer le niveau d'anxiété interne. »</p> <p>« des outils qu'on se crée, des échelles de 0 à 10 pour évaluer l'état de tension interne »</p> <p>« questionner sur les ressentis corporels »</p> <p>« on n'a pas vraiment d'outils concrets »</p> <p>« sur l'attitude, vous voyez que soit le patient peut tourner en rond, soit il est énervé »</p> <p>« connaissance de votre patient »</p> <p>« vous le voyez à différentes phases »</p> <p>« il commence à monter »</p> <p>« on commence à sentir les premiers signes »</p>	<p>« on essaie de différer ou de proposer autre chose. »</p> <p>« on essaie d'aller chercher chez le patient qu'est-ce qui pourrait lui apporter de l'apaisement, par exemple écrire, dessiner ou aller marcher. »</p> <p>« essayer de trouver des solutions autres. Et parfois on réévalue un peu à distance, et si l'état de tension est le même, effectivement, on donne le traitement. »</p> <p>« On essaie d'être vigilant et de le rappeler à chaque fois. »</p> <p>« on essaie vraiment pour tous ces traitements-là, de rappeler à chaque fois que c'est un traitement ponctuel »</p> <p>« l'idée c'est qu'on le diminue, et que ça peut être une béquille à un moment, mais qu'on essaiera de l'arrêter. »</p> <p>« Les patients ont souvent l'impression que c'est un</p>

	<p>« des petits signes sur son attitude, sur ses mots, sur sa manière d'être, sa manière de parler »</p> <p>« observation clinique » « connaissance en amont de son patient »</p> <p>« ressenti qu'on peut avoir »</p> <p>« observation, la connaissance »</p>	<p>traitement qu'on va utiliser quand les envies au niveau psychiques sont là [...] le Valium ® est là pour aider contre les envies physiques, sur les signes de sevrage physiques tels que les tremblements ou les sueurs. »</p> <p>« le si besoin nous sert à avoir cette fenêtre qui nous permet de donner, c'est à nous d'adapter. »</p> <p>« avant de traiter ou de donner un traitement, il faut connaître son patient » « connaître son dossier médical, connaître les habitudes de vie où il était avant » « bien cerner son patient »</p> <p>« c'est à vous de juger si vous le donnez »</p> <p>« vous voyez quelque chose qui sort de l'ordinaire parce que vous ne l'observez pas en règle générale, c'est là qu'il faut peut-être le lui donner [...] Et donc c'est, la subtilité de notre métier qui fait qu'on est observateur et qu'on arrivera à lui donner au bon moment. »</p>
--	--	---

Cadre théorique / thèmes : le soignant en addictologie : alliance thérapeutique, entretien thérapeutique infirmier

Objectifs des entretiens :

- Connaître les éléments incontournables et/ou spécifiques dans la prise en soins pour créer une alliance thérapeutique avec un patient souffrant d'addiction.
- Savoir s'il existe ou non une plus-value à réaliser des entretiens thérapeutiques auprès de patients souffrants d'addictions.
- Savoir si les entretiens thérapeutiques influencent sur le comportement du patient dans sa demande de traitement conditionnel ?

Rôle IDE			
Positionnement IDE favorisant une relation aidante en addictologie	Alliance thérapeutique	Entretien IDE	Bénéfices de l'entretien IDE
<p>« valoriser la démarche, d'être déjà un peu dans la recherche d'outils, sans les induire nous-même, on veut vraiment que cela vienne du patient, c'est d'amener le patient à établir ses propres réflexions sur tout ça »</p> <p>« on vit au quotidien avec eux, on partage les repas avec eux, on participe aux activités. »</p> <p>« un lien qui est un peu différent avec eux, qui nous permet de questionner un peu plus de manière concrète ce qui se passe pour eux parce qu'on est là sur le quotidien »</p> <p>« vu qu'on est plus présents au quotidien, le lien se fait peut-être différemment aussi »</p> <p>« qu'on soit plus présents et qu'on voit peut-être plus de choses que juste sur un entretien »</p> <p>« le fait de partager tout ça avec le patient, cela rend plus facile l'échange »</p> <p>« on ne porte pas la blouse »</p>	<p>« en addictologie cela va dépendre de leur stade de maturation »</p> <p>« on utilise beaucoup le cercle de Prochaska avec les stades de maturation »</p> <p>« être là, être attentif, montrer qu'on entend les choses et rechercher le feedback pour être sûr de bien comprendre les choses »</p> <p>« authentique »</p> <p>« un peu au feeling »</p> <p>« il faut l'adapter »</p> <p>« Chaque être humain est complètement différent donc en fonction de chaque être humain il faut avoir une attitude, il faut l'adapter en fonction de lui »</p> <p>« opportunité »</p> <p>« partenariat avec le patient »</p> <p>« adapter sa conduite et son approche en fonction de l'environnement et de ce qui se passe à ce moment-là »</p>	<p>« technique d'entretien où l'idée c'est de créer l'ambivalence chez le patient ou en tout cas de faire émerger quelques contradictions entre les valeurs du patient et ce que les consommations peuvent induire chez lui, tout en restant évidemment dans l'idée d'amener le patient à ça et de ne pas l'induire, ne pas être dans une position de jugement ou de sachant avec le patient »</p> <p>« des questions ouvertes, c'est beaucoup de reformulations aussi »</p> <p>« La reformulation je pense qu'elle va permettre de montrer [...] qu'on est attentif à ce que dit le patient et aussi de s'assurer qu'on parle bien de la même chose, qu'il n'y a pas d'interprétation de notre part. »</p> <p>« Ici, dans le service l'entretien motivationnel c'est un outil qui nous est régulièrement utile »</p> <p>« on a des temps d'entretien d'accueil, de suivi et de sortie. »</p> <p>« pas forcément la même approche que</p>	<p>« le simple fait de verbaliser un peu, on sent que ça leur permet de lâcher quelque chose et ce sont souvent des patients qui n'ont pas trop l'habitude ou qui n'arrivent pas trop à parler de ce qu'ils ressentent parce le produit en général il est là pour un peu cacher les émotions, pour ne pas que tout ça s'exprime et donc on leur réapprend un peu à parler d'eux et certains se surprennent à ressentir du bien-être lorsqu'ils arrivent à lâcher les choses »</p> <p>« Chez les personnes qui n'ont pas trop l'habitude de parler, on sent que ça leur fait du bien lorsqu'ils arrivent à le faire »</p> <p>« s'autoriser à accueillir ce</p>

<p>« position d'égal à égal »</p> <p>« profiter peut-être d'une chose »</p> <p>« trouver une approche à quelque chose qui est pas du tout dans le contexte de l'hôpital mais qui permet de pouvoir accrocher notre patient pour pouvoir après créer ce lien. Donc le lien peut se créer de différentes manières, c'est à nous de voir. »</p> <p>« on peut peut-être construire un truc qui permet d'aller sur notre sujet à nous »</p>		<p>lors d'un entretien médical »</p> <p>« on va beaucoup questionner leurs ressentis, comment ils se sentent par rapport à ça, est-ce qu'ils ont réfléchi à des stratégies s'ils sont en difficulté. »</p> <p>« de poser des questions sur est-ce qu'il y a des idées particulières ou est-ce qu'il y a de l'angoisse ou de l'anxiété, qu'est-ce qu'il se passe en eux, on arrive à accéder à des choses. »</p> <p>« l'idée de l'entretien ce n'est pas de les embêter mais de les aider à comprendre ce qu'il se passe. »</p> <p>« il faut le faire parler pour essayer de comprendre l'être »</p> <p>« trouver des objectifs et fixer des objectifs avec lui pour pouvoir créer tout un programme de parcours »</p> <p>« lui donner de l'espoir »</p> <p>« recréer une autre envie mais une envie que lui se construit lui-même. »</p>	<p>qu'il se passe et de se dire : ok je ressens de la colère ou de la tension parce que j'ai envie de consommer. »</p> <p>« accueillir l'émotion et de l'accepter c'est la valider et accepter le fait qu'on la ressent et rien que ça parfois ça suffit à faire du bien. »</p> <p>« extérioriser toutes ces émotions »</p> <p>« l'entretien thérapeutique sert à extérioriser toutes ces émotions, tout ce qu'il a. »</p> <p>« se sentir écouté et entouré »</p> <p>« il redevient un être humain »</p> <p>« qu'il trouve quelque chose, un dérivatif pour qu'il ait un objectif sur autre chose, soit retrouver un travail ou avoir une autre activité »</p> <p>« quelque chose qui lui fasse plaisir parce qu'il faut qu'on dérive le plaisir qu'il avait par l'addiction »</p>
--	--	---	---

Annexe V. Abstract

NOM : PANAGET

PRENOM : MAIWENN

TITRE DU MEMOIRE : L'entretien infirmier dans la prise en soins des addictions

Présentation synthétique du travail en Anglais :

Drug addictions, especially the ones regarding tranquilizers, are more present in today's society. Even if the medicine is effective with the prescribed dose, it is not without risk. The various training courses I have experienced lead me to this thesis statement: how the medical exchange between the nurse and the patient can have an influence on the patient's addictive behavior towards medicine? Once the theoretical study was made, the accounts of two nurses in the field were gathered. The first nurse works in an addiction division and the second one doesn't practise in psychiatry. Both of them have pointed out the lack of an objective procedure regarding the administration of the tranquilizers when it is needed. But, they have noticed how the clinical observation and the understanding of the patient are important. On the one hand, it can help to establish an alliance based on trust with the patient and, on the other hand, it can determine if a treatment should be given or not. To conclude, this study brings to light how important the role of the nurse is when dealing with addictions and leads to the following thesis statement: how the nurse's attitude can affect the care of the patient's addiction disorders?

Présentation synthétique du travail en Français :

Les addictions aux médicaments et, plus précisément aux anxiolytiques, prennent une part de plus en plus importante au sein de la société. Les thérapeutiques, bien qu'efficaces aux doses thérapeutiques, ne sont pas dénuées de risques. Les diverses expériences de stage m'ont conduit à la problématique suivante : En quoi les entretiens thérapeutiques infirmiers peuvent-ils influencer sur les comportements addictifs aux thérapeutiques du patient ? Une fois l'exploration théorique réalisée, les témoignages de deux infirmiers de terrain ont été recueillis : une infirmière travaillant en service d'addictologie et un infirmier exerçant en milieu somatique. Les infirmiers ont souligné l'absence de méthode objective pour administrer les traitements anxiolytiques si besoin. Ils ont cependant fait remarquer l'importance de l'observation clinique et de la connaissance de son patient pour d'une part parvenir à établir une alliance thérapeutique avec lui, et d'autre part pour déterminer l'administration ou non du traitement si besoin. En conclusion, cette étude a permis de mettre en évidence l'importance du rôle du soignant dans la prise en soins des addictions, ce qui a amené à la question de recherche suivante : En quoi la posture du soignant peut-elle avoir un impact sur la prise en soins des troubles addictifs d'un patient ?

KEY WORDS : Nursing consultation - Drug addiction – alliance - clinical observation

MOTS CLES : Entretien infirmier – addiction médicamenteuse – anxiolytiques - alliance thérapeutique
– observation clinique

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2020 - 2023