



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

## **La posture de l'infirmière dans la prise en soin d'un patient alcoolodépendant hospitalisé en addictologie**



Formateur référent mémoire : Lisa DJADAOUJEE

Jeanne YVINEC  
Formation infirmière  
Promotion 2020-2023

Date : 01 mai 2023



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 :**

***En quoi la posture de l'infirmier influence-t-elle la prise en soin  
d'un patient hospitalisé en addictologie présentant une  
problématique d'alcoolodépendance ?***

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 03 décembre 2022***

***Identité et signature de l'étudiant : Jeanne YVINEC***

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

## Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui ont permis de concevoir et d'élaborer ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Je remercie plus particulièrement l'ensemble des formateurs de l'Institution de Formation en Soins Infirmiers de Rennes qui m'ont accompagnée et suivie durant ces trois ans de formation. Parmi eux, un grand merci à ma référente de mémoire Lisa DJADAOUJEE qui a toujours été là tout au long de ce travail y compris lorsque je rencontrais des difficultés. Je remercie également ma référente pédagogique Marylène OLERON qui m'a suivie pendant ces trois années.

De plus, je souhaite remercier les deux infirmières qui ont contribué à l'écrit de ce travail. Elles ont pris sur le temps personnel pour partager leur expérience professionnelle et expliquer leur travail pendant nos entretiens.

Enfin, je remercie mes proches et ma famille de m'avoir soutenue pendant tout ce travail. Ils ont été présents dans la rédaction de ce mémoire mais aussi m'ont apporté des conseils et des corrections.

## Table des matières

### **Glossaire**

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Cheminement vers la question de départ</b> .....	2
1. Situation d'appel .....	2
2. Questionnement .....	3
3. Vers la question de départ .....	3
<b>Cadre conceptuel</b> .....	4
1. L'addictologie .....	4
1.1. L'alcoolodépendance .....	4
1.1.1. La définition .....	4
1.1.2. L'épidémiologie .....	4
1.1.3. Les facteurs de risque .....	5
1.1.4. Les conséquences multidimensionnelles .....	5
1.2. L'infirmière en service d'addictologie .....	6
1.2.1. Les services d'addictologie .....	6
1.2.2. La définition de l'infirmière .....	6
1.2.3. Les rôles et missions de l'infirmière en service d'addictologie .....	7
2. La posture de l'infirmière dans le prendre soin .....	7
2.1. La posture professionnelle .....	7
2.1.1. Les compétences de l'infirmière en service d'addictologie .....	7
2.1.2. La définition .....	8
2.1.3. Les facteurs influençant la posture professionnelle .....	8
2.1.4. La référence infirmière .....	8
2.1.5. Les techniques de communication .....	9
2.2. Le prendre soin .....	9
2.2.1. Le "care" .....	9
2.2.2. L'évaluation et le diagnostic .....	10
2.2.3. L'entretien infirmier .....	10
2.2.4. Les différentes relations .....	11
<b>Dispositif méthodologique du recueil de données</b> .....	12
<b>Analyse descriptive des entretiens</b> .....	13
L'alcoolodépendance en service d'addictologie .....	13
La notion de posture professionnelle .....	15
L'influence du prendre soin .....	16

<b>Discussion</b> .....	17
1. L'alcoolodépendance en service d'addictologie .....	17
2. L'influence de la posture professionnelle dans le prendre soin .....	19
<b>Conclusion</b> .....	22
<b>Bibliographie</b> .....	23
<b>Annexes</b>	
<b>Quatrième de couverture - Abstract</b>	

## Glossaire

Euthymie : un état d'humeur relativement stable, un état d'esprit tranquille et serein.

Syndrome de Korsakoff : forme terminale, la plus sévère des troubles cognitifs rencontrés dans l'alcoolisme chronique.

Usage : consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des conséquences nocives sur les autres.

Mésusage (ou usage nocif) : consommation susceptible de provoquer des dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain.

Addiction (selon Goodman) : processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives.

Binge drinking : pratique qui consiste à boire au moins six verres d'alcool en moins de deux heures pour une fille, ou au moins sept verres dans le même temps pour un garçon, de façon à atteindre l'ivresse le plus rapidement possible.

Proxémie : relation que les individus entretiennent avec la distance sous tous ses aspects (distance physique, distance perçue, représentations de ce qui est proche ou lointain).

Craving : perte de contrôle de la consommation qui devient compulsive ou encore une envie irrépressible de consommer.

Déni : refus et impossibilité de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante.

## Siglier

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CSP : Code de la Santé Publique

SAU : Service d'Accueil des Urgences

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

TAO : Traitements par agonistes opioïdes

DMS-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et psychiatriques)

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foetale

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

## Introduction

Dans le cadre de ma dernière année de Formation en Soins Infirmiers, je suis amenée à réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers pour achever ma formation. Cet écrit est pour moi l'occasion d'approfondir mes connaissances et d'apporter une réflexion personnelle et professionnelle pour ainsi améliorer ma pratique future.

Au cours de mon cursus d'étudiante infirmière, j'ai pu avoir l'occasion d'effectuer des stages dans divers lieux où j'ai pu être confrontée à la prise en soin d'un patient. Dans l'objectif de favoriser une meilleure qualité de prise en soin et d'accompagnement possible, l'infirmière adopte une attitude et un positionnement professionnel adapté. C'est lors de mon stage en service d'addictologie que cette notion a été davantage représentative et significative pour moi. En effet, le concept du relationnel est fondamental et influence la posture notamment avec un savoir-faire et un savoir-être de la part de l'infirmière.

La prise en soin est adaptée selon l'addiction concernée : il existe différentes addictions dans ce service liées à des substances psychoactives ou liées au comportement. Je me suis penchée sur l'alcoolodépendance car la complexité de la pathologie est causée par divers facteurs avec des conséquences multidimensionnelles sur la vie du patient (mentale, physique ou sociale et relationnelle). La posture adoptée par l'infirmière est ainsi importante puisqu'elle va lui permettre de prendre en compte les éléments essentiels notamment par l'observation du patient durant son hospitalisation.

Ainsi, pour illustrer ce travail, j'exposerai ma situation d'appel pour laquelle j'aborderai les questionnements que j'ai pu soulevés et qui ont abouti à ma question de départ. Dans un second temps, j'en évoquerai les notions dans le cadre conceptuel. Ensuite je confronterai les avis des infirmiers que j'ai pu recueillir au cours d'entretiens individuels. Enfin, je reviendrai sur mon chemin de réflexion depuis le début de cet écrit au travers de mon expérience de travail de recherche.



## Cheminement vers ma question de départ

### 1. Situation d'appel

Ma situation d'appel se déroule au cours de mon stage en quatrième semestre, en deuxième année, en service d'addictologie d'hospitalisation complète. Ce service a pour but, pour des patients volontaires, d'effectuer une cure de quatre semaines avec des permissions obligatoires, d'expérimenter l'abstinence de quatre semaines et d'élaborer un projet de soin sur le long terme. Cela se fait par l'intermédiaire d'activités à visées thérapeutiques et d'entretiens individuels (psychiatre, psychologue, infirmier).

Cette situation concerne Monsieur P, âgé de 34 ans, hospitalisé pour une problématique d'alcoolodépendance majorée par des traumatismes dans l'enfance et suite au décès brutal de sa mère devant lui. Il présente également une déficience intellectuelle.

Durant son hospitalisation, à partir du mercredi de la deuxième semaine, il a une permission obligatoire pour la journée de 9h à 17h. Après une semaine et demie d'abstinence à l'alcool, il bénéficie de cette permission.

Le mercredi après-midi, je prends mon poste et aux transmissions, l'infirmière du matin évoque la permission de Monsieur P où le matin même il lui dit qu'il appréhende celle-ci car il se retrouverait seul dans son appartement et ne saurait pas comment s'occuper. A 17h, je vais le voir dans sa chambre, à son retour de permission, pour voir comment s'est passée sa journée et lui rappeler de venir prendre ses traitements. En entrant dans sa chambre, je discute avec lui, il me dit qu'il a passé une bonne journée et que cela lui a fait du bien sans autres explications. Je rejoins l'infirmière à la pharmacie en l'attendant pour la prise de ses traitements. Je lui transmets ce que Monsieur P m'a dit mais je l'interpelle car je le trouve « différent » avec des troubles de l'élocution, une euthymie, une hypersudation et une impression qu'il sent l'alcool. Nous rejoignant à la pharmacie, l'infirmière, avec les propos que je lui ai rapportés, décide de lui faire réaliser un éthylotest qui se révèle positif (0.90 g/L). Avec l'infirmière, nous décidons de prendre un temps pour discuter sur sa permission et sur le fait qu'il a consommé de l'alcool. Nous restons avec lui pendant 20 minutes où nous lui posons des questions pour avoir plus de détails sur le déroulé de sa journée. Au début de l'entretien, il nous apporte peu d'informations en nous disant qu'il a passé une bonne journée. A un moment, nous abordons la consommation d'alcool en lui demandant ce qu'il a consommé et pour quelles raisons. La situation devient alors plus "tendue" : il prend une voix tremblante et nous dit qu'il a consommé quelques bières avec ses amis qui l'ont vu en fin de matinée. En continuant l'entretien, il nous parle du décès de sa mère en abordant les traumatismes subis dans sa jeunesse qui l'affectent beaucoup. Avec l'infirmière, nous décidons d'éclaircir ces sujets en lui posant des questions mais celui-ci lâche prise et pleure devant nous. Il commence à avoir des propos suicidaires et des idées sombres, il exprime "ça ne

*sert à rien tout ça, je veux la rejoindre (sa mère) et partir maintenant*”. Il se lève alors de sa chaise et se met à taper le mur. L’infirmière arrête tout de suite l’entretien au vu de son changement de comportement. A la place, nous le rassurons et le valorisons sur les progrès qu’il a faits depuis le début de sa cure. Nous lui expliquons le processus de sevrage et d’abstinence et qu’il est “normal” d’avoir des rechutes.

## 2. Questionnement

En prenant du recul, cette expérience professionnelle m’a fait prendre conscience de l’importance de la posture, de l’expérience professionnelle et de l’attitude à adopter en tant qu’infirmière. Je me suis interrogée sur plusieurs questions : Quelle attitude doit-on adopter face à une personne en état d’ébriété ? L’expérience personnelle du soignant peut-elle impacter la prise en soin du patient alcoolodépendant ? Nos valeurs soignantes influencent-elles nos attitudes soignantes ? Quel comportement devons-nous avoir lorsqu’un patient alcoolodépendant abstinent fait une rechute lors de son hospitalisation ?

## 3. Vers la question de départ

Ce questionnement m’a fait aboutir à ma question de départ en me basant sur des notions telles que la posture professionnelle, l’attitude infirmière, l’accompagnement, le prendre soin notamment chez un patient alcoolodépendant. En regroupant ces éléments clés, ma question de départ est donc la suivante :

**En quoi la posture de l’infirmier influence-t-elle la prise en soin d’un patient hospitalisé en addictologie présentant une problématique d’alcoolodépendance ?**

## Cadre conceptuel

A partir de la question de départ que j'ai exposée dans le cadre conceptuel, j'ai identifié des notions et des concepts clés tels que l'alcoolodépendance, la posture professionnelle de l'infirmière et également la prise en soin que je vais développer. Pour mener à bien mon analyse, je me suis appuyée sur des ouvrages et des périodiques en lien avec ces thématiques.

### 1. L'addictologie

#### 1.1. L'alcoolodépendance

##### 1.1.1. La définition

Selon le Service Public d'Information à la Santé, l'alcoolodépendance *“est avérée lorsque la consommation de boissons alcoolisées devient prioritaire par rapport aux autres comportements auparavant prédominants chez une personne. Le désir de boire de l'alcool devient impossible à maîtriser et doit être assouvi au détriment de toute autre considération”*. Ce terme médical a été adopté pour marquer l'aspect addictif de l'alcool au regard du terme "alcoolisme" employé dans le langage courant. L'alcool est une substance psychoactive aux propriétés dépendogènes neurodépressives utilisée depuis des siècles par l'Homme. Pour l'OMS, il s'agit d'un *“produit à potentiel addictif important au même titre que les drogues illicites entraînant une dépendance psychique et physique en cas de consommation prolongée”*. Un homme devient alcoolodépendant, dès lors qu'il consomme de façon régulière, voire journalière, plus de 3 verres d'alcool par jour et pour une femme, plus de 2 verres par jour. Il faut prendre en compte, au travers du triangle d'Olivenstein (Annexe I) qu'il y a une interaction entre l'individu, l'addiction (substance) et le contexte (environnement..).

##### 1.1.2. L'épidémiologie

Ce risque comme tant d'autres liés à l'alcool est une préoccupation de l'OMS dans un rapport de 2018. A l'échelle mondiale, en 2016, elle rapporte une morbidité de plus de 5% et une mortalité de plus de trois millions de personnes. La consommation d'alcool concerne 2,3 milliards de personnes et est davantage plus courante dans certaines régions du monde (Europe et Amérique). C'est notamment dans des pays où les revenus salariaux sont élevés, majoritairement en Europe avec la consommation la plus élevée du monde. Si on localise plus précisément ce problème en France, il s'agit d'un enjeu majeur de Santé publique. L'alcool fait partie des trois premières causes de mortalité évitables avec, en 2015, 41 000 décès par an (16 000 par cancer, 9 900 par maladies cardiovasculaires..). En moyenne nationale, l'alcoolodépendance concerne 1,5 million de personnes avec une variabilité plus ou moins grande selon les régions et 2,5 millions de personnes ayant une consommation à risque. L'alcoolodépendance touche davantage les hommes que les femmes avec 14% contre 5% de la

population. Pour réduire la corrélation entre la morbi-mortalité et la consommation d'alcool, Santé Publique France a mis en place plusieurs plans (Plan national de santé publique, Priorité prévention, le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022..).

#### 1.1.3. Les facteurs de risque

Cette addiction, qu'elle soit légère ou sévère, est influencée par de nombreux facteurs de risque. Ainsi, existent des facteurs biologiques comme une certaine vulnérabilité chez la femme ou encore une population jeune utilisant certaines pratiques (binge drinking), risque accentué selon les propos de H. Joubert : *“plus l'organisme est exposé tôt dans la vie, plus le risque de devenir addict à l'âge adulte est élevé”*. L'hérédité a fait l'objet d'études sur la prédisposition à l'alcoolodépendance avec l'influence de certains gènes sur le risque de consommation d'alcool. L'INSERM explique que la présence de troubles psychiques ou psychiatriques peuvent influencer la consommation d'alcool tels que : *“l'impulsivité, la recherche de sensations et de prise de risque, mais aussi et surtout des symptômes de dépression ou d'anxiété”* mais aussi des phobies, des troubles obsessionnels compulsifs ou encore des psychoses (schizophrénie..). Il indique d'autre part que l'environnement a un impact fort sur la consommation d'alcool que ce soit à l'échelle socio-économique (niveau de revenus, vie sociale, statut professionnel..), familiale (absence de supervision parentale, conflits) ou culturelle (influence sociale : fête, sociabilité, convivialité.. et gastronomie : vin).

#### 1.1.4. Les conséquences multidimensionnelles

La sévérité de l'addiction, énoncée précédemment, engendre des conséquences et des complications médico-psycho-sociales à l'origine de nombreuses maladies. Les atteintes peuvent être de toutes sortes : digestives (pancréatite chronique, diabète de type 2..), hépatiques avec la cirrhose alcoolique, cancérigènes (2ème cause évitable de mortalité par cancer). L'alcool favorise l'apparition de maladies cardiovasculaires en augmentant le risque d'hypertension artérielle et d'arythmie et leurs complications (AVC, infarctus du myocarde). Pour compléter, il peut avoir des conséquences sur la santé mentale. Même si l'anxiété peut être un facteur de risque, il reste une conséquence comme le dit Docteur P. lors du cours sur les addictions : l'alcool a une visée sédatrice et entraîne un effet dépressogène. Il aggrave les troubles du sommeil, l'addiction à d'autres produits et les troubles cognitifs (altération de la mémoire : syndrome de Korsakoff, coordination des mouvements..). Également, l'alcoolodépendance impacte la vie sociale, relationnelle et économique. L'ivresse installe une instabilité de l'humeur et peut amener des modifications de comportement engendrant : agressivité, impatience, obstination, violence envers les autres (violence familiale, agressions, accidents domestiques, de la voie publique..), mais aussi pour soi-même (*“passage à l'acte suicidaire : 43%”* d'après Dr. P). La vie familiale, amicale est ainsi fortement impactée tout comme la vie professionnelle (abandon des études, chômage, absentéisme..) engendrant des impacts financiers (précarité..).

## 1.2. L'infirmière en service d'addictologie

### 1.2.1. Les services d'addictologie

Ces nombreux facteurs de risque et conséquences sont des éléments qui doivent être pris en charge pluridisciplinairement dans le parcours de soin du patient à partir de plusieurs services d'addictologie. M. Craplet expose que dans les années 1970, les *“premières consultations et les unités d'alcoologie hospitalières se sont développées”* (p.52-53). Pour illustrer les services que peut emprunter le patient dans ce parcours, on peut s'appuyer sur l'exemple du Pôle Addiction et Précarité de Rennes. Ce pôle se divise en deux parties : le sanitaire et le médico-social avec la pluridisciplinarité de professionnels de divers secteurs. Le Référentiel de l'Infirmière en Addictologie montre avec l'Art R. 431161 du CSP *“des professionnels du secteur de la santé, du secteur social, éducatif et médico-social”*. Cette collaboration avec le patient a pour objectif de le rendre volontaire et acteur pour réduire ou arrêter sa consommation : le sevrage. Si l'on retrace le parcours d'un patient de façon générale, celui-ci est admis au SAU où il est pris en charge pour une consommation aiguë d'alcool. Avec le consentement et la volonté du patient, il peut être orienté dans une unité d'hospitalisation temps plein dite unité de *“sevrage complexe”* où pendant 4 semaines, il participera à des activités, des groupes de paroles et bénéficiera d'un suivi médico-psycho-social. Un hôpital de jour peut être une alternative à la post-cure pour consolider la problématique de l'addiction et refléter *“le niveau de motivation du sujet et la réalité de sa situation par rapport à l'alcool”* (H. Gomez, 2013, p. 176). Lors du sevrage, le psychiatre aborde la possibilité d'un suivi en CSAPA à la suite de l'hospitalisation car il existe un risque de rechute après la post-cure. Au tout début, il s'agissait *“d'ouvrir des consultations sur le modèle des centres psychiatriques pour les employés de la SNCF [...] et sont devenues des Centres d'hygiène alimentaire et d'addictologie”* (M. Craplet, p. 122). Il s'agit d'un lieu d'accueil, d'écoute, d'accompagnement pour le patient mais aussi pour son entourage établi dans le cadre de consultations et de permanences auprès d'un professionnel de santé. En parallèle, il existe des équipes mobiles et de liaison pour accueillir, prendre en charge et orienter les personnes vers un accès aux soins en addictologie dans des services de médecine, chirurgie, urgences, secteur libéral.. (tabacologie, troubles des conduites alimentaires..) et aussi des associations comme l'ANPAA.

### 1.2.2. La définition de l'infirmière

Dans les services énoncés, la présence d'infirmier(ère)s est requise pour contribuer à la prise en charge médico-psycho-sociale. L'OMS définit le rôle propre de l'infirmière par : *“aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social (...). Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmiers travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé”*.

### 1.2.3. Les rôles et missions de l'infirmière en service d'addictologie

Par cette définition et différents articles législatifs, sont définis les rôles et les missions de l'infirmière en addictologie. De manière globale, l'Art. R.4311.2 du CSP énonce que *“les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent la qualité technique et la qualité des relations avec le malade”*. Dans le cadre de son exercice professionnel, il lui est attribué un rôle prescrit où elle délivre des traitements et réalise des soins sur prescription médicale, et également un rôle propre expliqué précédemment qui renvoie à une sphère d'autonomie et à une prise d'initiative. Dans le cadre de l'addictologie, l'infirmière est *“l'actrice-clé”* avec une mission selon le Référentiel de l'Infirmière en addictologie *“d'optimiser l'accompagnement à la réduction des risques et le parcours de santé et de soins en renforçant l'approche sur-mesure indispensable à la prévention, l'accès et le maintien dans les soins, l'accompagnement et la réhabilitation”* (p. 2). Dans ses missions, elle pratique de nombreuses activités (Annexe II) tout au long du parcours de soins que ce soit en hospitalisation ou en consultation avec au départ un bilan d'accueil et de suivi se basant sur l'histoire du patient et de son addiction. Elle va être dans l'information, l'éducation, l'accompagnement du patient mais aussi de son entourage en entretien individuel ou collectif. En collaboration avec le patient, ils élaborent son projet de soins puis le mettent en œuvre tout en l'évaluant au fil du temps *“pour l'accompagner dans ses avancées, dans ses défaites, en ne visant pas « l'abstinence à tout prix”* (M. Monjauze, p. 8). Dans leur rôle prescrit, elle délivre des traitements addictologiques ou non (TAO, substituts nicotiniques, antidote aux opioïdes..) et des dispositifs de soins et matériels pour réduire les risques (kits d'injection intraveineuse, préservatifs, kits de naloxone, seringues à usage unique..). Elle s'occupe aussi des tâches administratives avec la prise de rendez-vous, la gestion de commandes ou des stocks du matériel.

## 2. La posture de l'infirmière dans le prendre soin

### 2.1. La posture professionnelle

#### 2.1.1. Les compétences de l'infirmière en service d'addictologie

L'ensemble des missions et activités de l'infirmière s'appuie sur des compétences. Celles-ci se différencient en trois catégories que l'infirmière en addictologie doit avoir pour fournir le meilleur travail possible : le savoir (connaissances sur le processus psychopathologique de l'addiction, la pharmacologie et les thérapeutiques, les soins relationnels : relation d'aide..), le savoir-faire (conduire un entretien, évaluer les besoins, recueillir et analyser les données, accompagner et guider la personne, établir un diagnostic infirmier..) et le savoir-être (habileté relationnelle : connaissance sur soi, être à l'écoute (empathie, réassurance), disponibilité, calme, gestion des émotions, organisation et anticipation..). Ces différents acquis forment la posture de l'infirmière dans ses différentes actions (accompagner, guider, orienter et prendre soin).

### 2.1.2. La définition

Toutes ces compétences vont aboutir à la création d'une posture professionnelle. D'après le dictionnaire des concepts en soins infirmiers de C. Paillard, la posture professionnelle est définie comme *“la place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée. Ce terme englobe un ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d'efficacité, mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus”* (p. 480).

### 2.1.3. Les facteurs influençant la posture professionnelle

Par la complexité de la prise en charge de l'alcoolodépendance, M. Monjauze exprime que les infirmières *“se sentent souvent démunies et désorientées”* (p.15) et ont besoin de formations pour améliorer leur posture professionnelle. Elle ajoute qu'elles *“imaginent la souffrance, l'angoisse [...], voient le parcours qui attend le patient pour se reconnaître lui-même, affronter un avenir parfois désert”* (p.8). Ces parcours de soins sont parfois lourds, datent de plusieurs années et rendent la prise en charge lourde avec un épuisement des infirmières référentes : *“ la mise en échec d'un centre de post-cure, de la reprise du travail, d'une rechute dans la consommation...”* (A. Chassagnoux, p. 106). Elles se sentent impuissantes face à cette consommation. L'influence d'autres facteurs peut modifier la posture de l'infirmière : des facteurs psychologiques (les valeurs personnelles, les représentations et préjugés, la confiance en soi, les émotions : stress..), des facteurs sociaux (catégorie professionnelle, âge, sexe..) ou des facteurs physiques (perceptions propres à chacun, l'aspect physique..). Il faut également prendre en compte l'expérience personnelle et/ou professionnelle antérieure de l'infirmier référent. Face à cette impuissance, le souci du passage de relais est important à prendre en compte. En effet, malgré la prise en considération de ses émotions, lorsque la situation est trop dure à gérer, l'équipe est une ressource indispensable pour *“se passer la main”*.

### 2.1.4. La référence infirmière

La référence d'un infirmier est un concept développé dans certains lieux et notamment en addictologie. Celui-ci s'appuie sur l'organisation du soin infirmier dans un objectif d'élaboration, de réalisation et d'évaluation d'un projet de soins individualisé. D'après R. Magnon et G. Déchanoz, ils établissent une définition : *“ La mission du référent est d'assurer une continuité dans le soin et de garantir sa qualité. Il est nécessaire que les équipes se fixent un objectif de travail commun afin de garantir une cohérence à l'action thérapeutique. Il est garant de la réalisation du projet de soin ”* (A. Chassagnoux, 2017, p.103) avec un objectif *“d'aller à la rencontre de la personne pour l'accompagner dans le déploiement de sa santé et la rendre autonome”* (2017, p. 103). Ce système de référence favorise la prise en soin avec la création d'une relation de confiance et d'alliance thérapeutique. Néanmoins, Il peut y avoir un passage de relais voire même un changement de référent.

En effet, s'il y a des difficultés du côté du patient ou même du soignant, il peut y avoir une influence sur la prise en soin et le suivi de celui-ci.

#### 2.1.5. Les techniques de communication

Malgré la présence de facteurs, l'utilisation d'outils de communication est importante pour adopter une meilleure posture professionnelle. Ces techniques sont davantage utilisées lors d'entretiens infirmiers. Lors d'entretien d'addictologie, H. Gomez a dit : *“la parole s'entend, le regard donne sens à la parole”* (2002, p. 41). Comme dit précédemment, l'infirmière en addictologie doit acquérir des compétences. Des modèles existent mais avant tout, elle doit instaurer auprès du patient un cadre en adoptant une attitude empathique, bienveillante, bienveillante et d'écoute dans un espace calme. Tous ces éléments vont permettre d'ajouter l'intégration de techniques de communication comme la reformulation et l'utilisation de questions ouvertes : l'infirmière peut reprendre les paroles et les répéter sous forme de question (reformulation écho) ou alors les reprendre avec ses propres mots en paraphrase (reformulation miroir). De plus, elle peut s'appuyer sur des attitudes comme celles de Porter pour adopter un meilleur comportement lors d'entretien. Selon le contexte de soin, que ce soit en entretien formel ou informel, l'infirmière peut adopter une posture neutre (soutien, conseil) pour rassurer, orienter la personne, une posture positive (compréhension ou enquête) qui permet de questionner son interlocuteur tout en respectant son rythme et laisser une liberté de parole du patient par des temps de silence et l'évitement d'une posture négative (jugement, interprétation). La posture physique est d'autant plus importante qu'elle s'illustre par une proxémie personnelle, autrement dit en respectant une certaine distance pour ne pas envahir l'intimité du patient et ainsi avoir le meilleur angle pour capter son regard et rester en contact.

### 2.2. Le prendre soin

#### 2.2.1. Le “care”

Le prendre soin est un terme qui se rapproche de la notion “care” en anglais. Comme le dit Walter Hesbeen *“cette attention particulière que l'on va porter à soi-même ou à un autre”* A. Chassagnoux, 2017, p. 101). Cela passe par une démarche soignante se basant sur l'engagement avec le désir, la volonté, l'envie d'apporter des soins de qualité et de mieux-être au patient autour d'un contrat de soin inscrit dans un projet de soins. Pour être la meilleure possible, la prise en soin s'appuie sur certaines valeurs (respect, altérité, sollicitude) et par le respect de ces valeurs : le non-jugement, la bienveillance, une juste proximité, la disponibilité, la reconnaissance, l'écoute.. Toutes ces valeurs amènent à l'accompagnement de l'autre en ne faisant pas à la place de l'autre mais au contraire en le rendant acteur de sa prise en soin. On dit que le patient est “sujet de soins” et non “objet de soins”. C'est par une prise en charge pluridisciplinaire médico-socio-psychologique que le patient va être accompagné tout au long de son parcours de soin, orienté et guidé vers les professionnels adaptés à sa demande et à ses besoins dans un objectif de réadaptation à la vie sociale. Cette réadaptation va se



réaliser par des temps de groupes de parole collectifs mais aussi individuels avec un professionnel (addictologue, psychiatre, psychologue, infirmier..).

### 2.2.2. L'évaluation et le diagnostic

Pour adapter au mieux la prise en soin, il faut avoir une évaluation complète de l'addiction. Il est nécessaire tout d'abord d'évaluer la nature de l'addiction : le produit (tabac, alcool, opiacés..) ou le comportement (troubles du comportement alimentaire, jeu, sport, sexe..). Après avoir identifié ces éléments, il convient de distinguer les différents modes de consommation pour adapter la prise en charge. Lorsque la consommation n'engendre pas de complications physiques ou psychologiques, on parle d'usage mais, dès lors qu'elle est susceptible de provoquer ces complications, il s'agit de mésusage. Il s'instaure un processus d'addiction lorsque l'utilisation du produit a pour but de procurer des sensations précises (plaisir, oubli, soulagement..). Dès lors que la personne ne parvient plus à contrôler sa consommation (craving), malgré les conséquences, elle devient dépendante. N. Warchol note que l'OMS définit la dépendance comme *“un état psychique et parfois physique, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage)”* (p.148). Il existe 2 types de dépendance : physique ou psychique. Lors d'une privation de substance, ces deux dépendances se caractérisent par :

- Dépendance physique : un état de manque (ou syndrome de sevrage) où l'organisme réclame le produit à travers des symptômes physiques (céphalées, nausées, sudation, insomnie..)
- Dépendance psychique : une sensation de malaise, d'angoisse où la personne est désorientée, perd ses habitudes et recrée une sensation de mal-être que la substance masquait.

A partir des modes de consommation, le diagnostic d'alcoolodépendance s'appuie sur différentes classifications comme le DSM-5 sur 11 critères (Annexe III) explicité dans la Conférence SAF de M. Perrono pour identifier la sévérité de l'addiction. Selon les résultats, on parle d'addiction légère (2-3 critères), d'addiction modérée (4-5 critères) ou d'addiction sévère (6 critères ou +). Selon ces critères, on peut ainsi approprier les soins à la personne.

### 2.2.3. L'entretien infirmier

En service d'addictologie, les entretiens infirmiers réalisés à la suite du diagnostic sont un élément clé de la prise en soin. Cela permet à l'infirmière d'adapter au mieux la prise en soin et le suivi du patient pour son devenir et sa réinsertion. En effet, tout entretien repose sur différents aspects, il peut être de suivi, motivationnel, de soutien. A l'accueil en service d'addictologie, l'infirmier réalise avec le patient un entretien d'accueil pour élaborer un projet de soins individualisé en évaluant ses besoins spécifiques et son investissement dans sa prise en charge. C'est le premier contact avec le patient par un moment d'échange et de communication pour rassurer le patient et le mettre en confiance. Cet instant d'échange se fait avec la volonté et la motivation du patient. Dans le parcours de

soin du patient, il ne s'agit pas pour lui de se conformer au dispositif alcoolique mais au contraire que ce dispositif prenne en compte ses besoins et ses demandes. Selon Y. Girault, les objectifs de cet entretien sont *“la prise en charge de toutes addictions avec ou sans produit, la réduction des consommations, le maintien de l'abstinence, la gestion des reconsumptions, des rechutes ainsi que l'éducation et la prévention notamment les risques liés à l'abus de ces substances ou comportements”* (p.40). L'entretien d'accueil est un travail individuel mais il existe des temps collectifs lors de la prise en charge tels que les groupes de parole. Ce sont des moments de partage avec les autres patients sur leurs problématiques addictives, leurs expériences, mais aussi leurs stratégies d'adaptation et de gestion des cravings.

#### 2.2.4. Les différentes relations

En service d'addictologie, la création d'une relation est fondamentale pour permettre une meilleure prise en soin qui se crée et évolue tout le long de la prise en charge. Il existe plusieurs relations qui peuvent se compléter comme le souligne C. Paillard : *“L'enjeu central de l'alliance thérapeutique consiste à créer progressivement, un lien de confiance réciproque sur lequel se fonde une relation d'aide”* (p. 29).

La relation de confiance, d'après C. Paillard est *“l'espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, en la certitude de la loyauté d'autrui”* (p.423). L'instauration de cette relation peut se développer au moment de l'entretien d'accueil puisqu'il s'agit du premier contact. Cette confiance mutuelle va pouvoir apporter au patient le sentiment d'être en sécurité et de pouvoir s'exprimer librement sur ses besoins et souhaits. De plus, la relation d'aide est un autre aspect de la relation. C. Rogers nous dit qu'il s'agit *“des échanges constructifs, une réciprocité qui sous-entend une compréhension mutuelle, donner et recevoir. Cette relation dans un contexte de soin, est perçue, reçue comme une opportunité de laisser libre cours à l'expression de ses sentiments, en présence d'un intervenant préparé.”* (p.428). En service d'addictologie, il s'agit d'une rencontre soutenante, aidante pour des soignants qui prennent en compte et répondent aux besoins et souhaits du patient ; et encourageante dans l'élaboration de leur projet et parcours de soin. Ainsi, cette relation favorise la rencontre entre le soignant et le soigné, facilite l'expression de la demande et garantit que celle-ci sera écoutée et prise en compte. L'établissement d'une relation thérapeutique et d'alliance thérapeutique, pour E. Vaux-Lacroix *“se situent au cœur de la prise en charge”* (p.265). Il s'agit d'une collaboration active entre le soignant et le soigné dans un but thérapeutique nécessaire pour toute démarche soignante faite au travers des entretiens dans le but pour le patient de prendre conscience de ses difficultés. Ainsi, le soignant peut l'orienter et l'accompagner dans son parcours de soin et de changement. E. Vaux-Lacroix ajoute que cette relation se base sur une *“co-construction de l'objectif thérapeutique, une consommation contrôlée ou l'abstinence”* (p.263) toujours en accord avec le patient et en le laissant acteur de son but thérapeutique.

## Dispositif méthodologique du recueil de données

Afin de confronter mes recherches théoriques à la pratique sur le terrain et pour clarifier l'importance de la posture professionnelle dans le prendre soin par l'expérience professionnelle d'infirmières auprès de patients alcoolodépendants, j'ai choisi de réaliser deux entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières diplômées d'Etat. Ce choix d'entretien permet une liberté de parole dans leurs réponses à des questions ouvertes en favorisant l'expression de leurs pensées et de leurs points de vue sur le sujet.

Au regard de ma question de recherche et de mon cadre théorique, j'ai élaboré dans un premier temps mon guide d'entretien (Annexe IV). Pour le structurer, j'ai fait le choix de le diviser en trois thématiques : l'alcoolodépendance en service d'addictologie, la notion de posture professionnelle et l'influence du prendre soin. Afin que mes questions soient en accord avec la thématique choisie, je les ai catégorisées en objectifs spécifiques. Étant donné qu'il s'agit de questions ouvertes, j'ai décidé d'ajouter des questions reformulées si l'infirmière avait des difficultés à comprendre mes questions.

J'ai fait le choix dans un second temps de définir les professionnels que je voulais interviewer. Mon choix s'est porté sur deux infirmières diplômées d'Etat travaillant dans un service d'addictologie, par le biais d'une connaissance commune. Pour avoir une diversité de réponses dans cet échange, la première infirmière travaille depuis 13 ans dans le service d'addictologie et possède un diplôme universitaire en addictologie ; la deuxième infirmière est diplômée depuis 5 ans et travaille en addictologie depuis 3 ans et demi. Après un premier contact par mail, nous avons échangé par appel en visioconférence, au vu de la distance éloignée, pour réaliser ces deux entretiens. Avec leur accord au début de l'entretien, j'ai pu enregistrer les entretiens sur mon téléphone pour la retranscription (Annexe V et VI) tout en préservant leur anonymat.

Après avoir réalisé mes deux entretiens, j'ai pu me rendre compte que la différence d'expérience avec la complémentarité d'un diplôme universitaire apporte une diversité dans les réponses et que chaque entretien était riche en informations. Cependant, j'ai pu rencontrer quelques difficultés puisque le fait d'avoir interviewé deux infirmières du même service ne laissait pas une mixité dans les réponses d'autant plus qu'après chaque question, j'avais une impression de me répéter car elles avaient déjà mentionné certaines informations.

## Analyse descriptive des entretiens

Nous allons poursuivre cet écrit avec l'analyse des entretiens. Pour réaliser cette analyse, je me suis appuyée sur un tableau d'analyse (Annexe VII) et des objectifs d'analyses. Pour conserver l'anonymat des soignants, je les ai appelées IDE 1 et IDE 2. Elles travaillent toutes deux dans le même service d'addictologie, l'IDE 1 détient également un diplôme universitaire en addictologie.

### L'alcoolodépendance en service d'addictologie

#### 1. Les caractéristiques d'un service d'addictologie

Dans leur service, les deux infirmières mettent en évidence deux types de prise en soin : le sevrage et la cure. Dans le sevrage, elles précisent toutes deux "une surveillance médicale" avec un début de prise en charge et "voir ce qu'on peut leur proposer en addictologie". Elles ajoutent qu'il s'agit de compléter ce sevrage avec un "bilan de santé". Les cures sont quant à elles scindées en deux programmes : l'orientation et la consolidation. L'orientation travaille sur l'apport d'informations concernant "la dépendance, la pathologie" par "la création d'une boîte à outils en cas d'envie d'alcool" mais aussi sur "le futur et le retour à domicile" et le "devenir après leur séjour". L'IDE 2 explique que ces deux programmes se suivent puisque pour pouvoir faire un programme de consolidation, ce sont "des patients qui ont déjà fait un programme d'orientation". Ce programme de consolidation a pour objectifs de travailler sur "l'écart et la rechute".

#### 2. L'infirmière en service d'addictologie

Dans leur fonction professionnelle, les deux infirmières mettent en avant un double rôle infirmier : le rôle relationnel et le rôle technique. Elles affirment qu'il est important "d'allier les deux compétences majeures d'une infirmière". Pour le côté relationnel, l'IDE 1 parle de "relation d'aide, d'entretien motivationnel" avec un besoin pour les patients d'être "écoutés, aidés" et "soutenus". Le rôle technique concerne essentiellement la "prise en charge du sevrage". Il peut s'agir "d'examen, de perfusions, de bilan sanguin". Le rôle éducatif est pour l'IDE 2 "très important mais peu développé" et concerne principalement la pathologie.

Elles distinguent ensuite les qualités d'une infirmière en deux catégories : le savoir-être et le positionnement. Par ses propos, l'IDE 1 identifie le savoir-être par la "qualité relationnelle" : "être ouvert", "avoir de la patience", "l'empathie", "le non jugement" et la neutralité complétée par l'IDE 2 avec "la bienveillance", "l'écoute active" et la patience avec le patient. Le positionnement est davantage de "ne pas faire à la place du patient" et de "rester à notre position soignante". L'IDE 1 ajoute que l'infirmière doit prendre du temps pour soi en ne prenant pas à cœur et au premier degré, en ayant "une soupape sur le plan personnel" et du temps pour soi.

### 3. La notion d'alcoolodépendance

Les deux infirmières identifient 3 points clés dans l'alcoolodépendance : la personne, le produit et la dépendance. L'IDE 1 estime qu'il s'agit d'une "personne en difficulté avec le produit" et cite comme exemple : "le patient va préférer ne plus aller au sport pour pouvoir consommer". Pour l'IDE 2, ce sont "des patients qui sont inconscients de leur problème, dans le déni" n'ayant "pas de structures et facilement influençables". Ensuite, elles associent la personne au produit avec des substances dites "addictives surtout la drogue et l'alcool" et "le tabac". Enfin, elles abordent la dépendance en démontrant la difficulté voire l'impossibilité de s'arrêter. L'IDE 1 aborde "l'impossibilité de s'arrêter longtemps" avec des épisodes de plus en plus difficiles : "les cravings, des envies irrésistibles et incontrôlables". L'IDE 2 ajoute que "la tête et le corps réclament de l'alcool" avec une envie tellement forte que le patient "n'est plus capable psychiquement d'arrêter de boire". Pour autant, l'IDE 1 évoque une "consommation excessive et régulière, quotidienne" alors que pour l'IDE 2, "ce n'est pas une question de quantité". C'est par une évaluation de la dépendance avec "minimum 3 critères" que l'on peut dire si la personne est alcoolodépendante.

### 4. Les facteurs de risque et complications en lien avec l'alcoolodépendance

Le parcours de vie du patient est un des premiers facteurs de risque. Toutes les deux abordent ainsi :

- des événements vécus pendant l'enfance : l'IDE 1 parle de "traumatismes dans l'enfance, l'adolescence", de "violences infantiles avec incestes" ; l'IDE 2 ajoute des "violences physiques, sexuelles et morales".
- des troubles du stress "post-traumatique (attentats, guerres, agression dans la rue)" et "pertes d'enfants, incestes, viols".
- l'absence de parentalité : "des placements de foyer en foyer", "des enfants qui n'ont pas forcément eu une éducation"
- ou encore l'influence de parents : "parents qui ont eux-mêmes été alcoolodépendants", "schéma familial où il y a de l'alcool tout le temps présent".

Le milieu de vie est un second facteur évoqué. Pour l'une "toutes les classes sociales" sont touchées, alors que l'autre évoque plutôt le métier : "type marins-pêcheurs, militaires, métiers du bâtiment". Deux autres facteurs sont aussi abordés : la comorbidité psychiatrique avec des "pathologies qui peuvent favoriser l'alcoolodépendance (dépression, bipolarité)", "l'anxiété généralisée" ; et la co-dépendance à "un autre produit" comme la "double addiction alcool-cigarette".

Les principales complications décrites par les deux infirmières sont relationnelles et somatiques. Elles abordent un "isolement dû au produit" avec une perte de lien de l'entourage : "amical et familial" avec un "produit qui grignote sur la famille" et sur les valeurs "famille, travail, liberté". Par ailleurs, l'IDE 2 constate que "l'alcool fait des ravages sur le corps". L'IDE 1 complète avec des "symptômes dépressifs", des "hépatites alcooliques, cirrhoses", des "pancréatites (aiguës voire chroniques), du

diabète” et des “troubles de la concentration, de la mémoire et cognitif allant jusqu’à la maladie de Korsakoff”. L’IDE 2 ajoute que l’alcoolodépendance peut avoir des conséquences judiciaires : “retrait de permis”, “suivi SPIP”, “accidents alcoolisés avec des séquelles”.

### La notion de posture professionnelle

#### 5. Les moyens mis en oeuvre pour adapter sa posture professionnelle

Les techniques de communication en addictologie sont essentiellement l’entretien motivationnel et la posture positive. L’IDE 1 précise qu’il faut “créer un entretien avec des questions ouvertes” pour permettre à la personne d’engager une réflexion. “Ce que le patient dit” est un point de départ pour “créer avec lui son parcours de soin”. Une autre technique de communication utilisée par l’IDE 2 consiste à reformuler les propos du patient. La posture positive évoquée par l’IDE 1 se base sur une “écoute active”, le respect des “temps de silence” tout en “prenant le temps”, ce que l’IDE 2 complète par ne “jamais aller trop vite”.

En termes d’attitude soignante, pour favoriser la communication, l’IDE 1 exprime un environnement sécurisant avec une “attitude au même niveau du patient”, “assis dans une pièce sécurisée, porte fermée”. L’IDE 2 ajoute un “positionnement” et “parler en le regardant”. Pour l’IDE 1, il s’agit de “créer une atmosphère sereine autour d’eux” avec un “lien sécuritaire”. Pour l’IDE 1, l’entretien doit se faire avec le consentement du patient et basé essentiellement sur la réassurance : “demander si le patient est en mesure de faire l’entretien”, “avoir son approbation pour trouver le bon moment”. L’IDE 2 constate qu’il “faut que le patient soit prêt”. L’important est de rendre “le patient acteur de sa prise en charge” puisque “c’est lui qui gère l’entretien” et “qui décide ce qu’il souhaite nous dire”.

#### 6. Les représentations de la posture professionnelle

Pour les deux infirmières, la notion de posture professionnelle s’appuie sur la mise en place d’un “cadre ultra important en addictologie”. L’IDE 1 explique que des “règles sont à respecter” et qu’il faut définir “certaines limites que ce soit pour le patient ou pour l’infirmière”. Ces règles peuvent se matérialiser par une “distance thérapeutique”, “des horaires”, “ne pas sortir de la structure” mais surtout “l’interdiction de consommer de l’alcool, des produits illicites ou des médicaments non prescrits”. La mise en place d’un cadre est nécessaire car “certains n’ont jamais eu de cadre” mais aussi dans le but de “créer une relation saine”, “sécuriser le patient et les autres” et “aider à avancer dans leur problématique addictive”.

Pour adapter au mieux la posture professionnelle, il faut prendre en compte le patient et ses capacités : s’il est “limité”, “psychotique”, a des “comorbidités” indique l’IDE 1. L’IDE 2 parle plutôt de “troubles cognitifs”, de “situation d’agressivité” mais aussi de l’âge du patient car cela concerne aussi bien un “jeune de 18 ans qu’un monsieur de 70 ans”. Ainsi, la communication doit être adaptée à

chaque patient par une compréhension et un changement de posture. Pour l'IDE 2, on ne "s'adresse pas de la même façon à un patient qui comprend les choses ou à un patient qui a des troubles".

### L'influence du prendre soin

#### 7. La balance bénéfice/risque sur le prendre soin

En termes de bénéfice, les infirmières identifient l'organisation du service comme "enrichissante sur le plan professionnel" que ce soit avec la collaboration "infirmier/aide-soignant" ou par "l'équipe pluridisciplinaire avec psychologue, assistante sociale". Cette organisation implique aussi un changement d'équipe peu présent, voire rare. Contrairement aux autres services, les deux infirmières expriment une différence au niveau de l'échange ou du temps de prise en soin. Pour elles, la relation est un autre bénéfice du prendre soin. En effet, une gratification de la part du patient est rapportée lorsqu'il sort du service en "revenant voir les infirmières quand il va bien". La qualité relationnelle est davantage améliorée et les patients expriment aux soignants "que cela les rassurent de nous avoir, de nous connaître".

En termes de risques, il peut y avoir un impact sur la relation soignant-soigné puisque comme le dit l'IDE 2, "parler de choses dont ils n'ont pas forcément envie de parler" ou encore si le "patient n'est pas demandeur de soins", ce qui bien sûr ne favorise pas le lien. L'utilisation "facile du tutoiement" peut porter à confusion. Parfois, malgré des tentatives, "il n'y a pas de lien qui se crée" ou encore si cela va trop vite, le lien peut se casser. Un risque évoqué par les deux infirmières concerne l'épuisement professionnel. Pour l'une comme pour l'autre, "les choses dans le détail de vie, de leur traumatisme" sont des éléments pouvant perturber la prise en soin. L'IDE 1 parle de "burn out" et exprime un manque de prise sur soi : "pas un minimum de recul", "ne se protège pas", "ne met pas de barrières" ou "ne prend pas de distance". L'IDE 2 ajoute que "quand elle revient chez elle, elle pense à eux" et "qu'on ne peut pas soigner tout le monde".

#### 8. L'influence du prendre soin sur la création de l'alliance thérapeutique

Les deux infirmières mentionnent à plusieurs reprises la relation de confiance. L'IDE 1 parle de "la confiance avec le patient" et insiste sur la disponibilité de leur part : "être au maximum disponible pour eux", "ils peuvent venir nous voir et en discuter, en échanger", "montrer qu'ils ne sont plus tout seuls et que, s'ils sont en difficulté, ils ont le réflexe d'appeler quelqu'un". L'IDE 2 parle aussi de disponibilité en disant "ne pas hésiter s'il souhaite parler à une infirmière précise" et ajoute que "le patient soit prêt à nous faire confiance". L'IDE 1 complète ses propos en évoquant l'importance d'un milieu sécurisant : "créer un milieu qui est sécurisé pour lui", "un lieu sécurisé parce qu'il n'y a pas de produits à disposition" et la notion d'accompagnement : "aider à cheminer dans tout ça", "on les accompagne mais on ne peut pas tout faire pour eux".

## Discussion

Dans la dernière partie de ce travail, au travers des recherches du cadre conceptuel et de l'analyse des données des deux entretiens, je vais maintenant croiser toutes ces données pour les interpréter en ajoutant une réflexion personnelle et professionnelle. Pour rappel, ma question de départ était : "En quoi la posture de l'infirmier influence-t-elle la prise en soin d'un patient hospitalisé en addictologie présentant une problématique d'alcoolodépendance ?".

### 1. L'alcoolodépendance en service d'addictologie

Dans un premier temps, j'ai pu remarquer que selon la structure, chaque service d'addictologie à sa propre organisation et son propre fonctionnement. Dans le Pôle Addiction et Précarité, Dr P. énonce la division du pôle en deux parties : le sanitaire et le médico-social tandis que les infirmières évoquent plutôt la prise en soin : le sevrage et la cure. Malgré cette différence, le parcours de soin est important car il suit une continuité. J'ai pu l'observer auprès des infirmières puisque dans leur service, les cures sont scindées en deux programmes : l'orientation et la consolidation. C'est également le même concept pour Dr P avec l'hospitalisation en temps plein considérée comme "cure" et la possibilité de poursuivre en hôpital de jour comme post-cure ou en dehors de l'hôpital par des consultations en CSAPA. Il est d'autant plus important que l'objectif de la prise en charge reste le même. Il s'agit selon H. Gomez de refléter "la réalité de sa situation par rapport à l'alcool" avec un objectif de soin spécifique pour chaque programme ou unité de soin que ce soit le devenir après le séjour, l'écart ou la rechute, consolider la problématique de l'addiction. Cette prise en charge est accentuée avec une pluridisciplinarité comme le dit le Référentiel de l'Infirmière en Addictologie par l'Art R. 431161 du CSP "des professionnels du secteur de la santé, du secteur social, éducatif et médico-social" et enrichissante sur le plan professionnel selon une infirmière.

La place de l'infirmière est primordiale dans ce type de service. C'est par les propos des infirmières que je me suis rendue compte qu'elles touchent à tous les rôles de l'infirmière : le relationnel, la technique et l'éducatif. Le Référentiel de l'Infirmière indique que dans le cadre de son exercice professionnel, il lui est attribué un rôle prescrit (délivrance de traitements, de dispositifs de soins..) et un rôle propre (planification et mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation). Après réflexion, je constate que les différents rôles exprimés par les infirmières rejoignent les termes de ce Référentiel et même si les mots employés étaient différents, les deux rôles sont bien décrits.

Le Référentiel parle de compétences alors que les infirmières évoquent des qualités. Tous deux identifient un savoir être avec une qualité relationnelle par l'empathie, la bienveillance, la patience, l'écoute active, le non jugement, la neutralité, la gestion de ses émotions, la disponibilité... Cependant, les infirmières ne développent pas forcément le savoir-faire comme la conduite d'un entretien,



l'évaluation des besoins, le recueil et l'analyse des données.. mais explorent plutôt le positionnement : “ne pas faire à la place du patient” et “rester dans notre position soignante”.

Dans un service d'addictologie, les soignants prennent en charge plusieurs addictions. En lien avec ma question de départ, je me suis orientée sur l'alcoolodépendance car j'ai été étonnée de voir que l'alcool fait partie des trois premières causes de mortalité évitables en France. Il est intéressant de constater que les infirmières l'identifient en 3 points clés : la personne, le produit et la dépendance. Elles développent leur propos avec deux points du triangle d'Olivenstein (Annexe I) évoqués par M. Perrono lors de la conférence sur le SAF : la personne et le produit. Elles estiment que c'est une personne en difficulté, qui n'a pas de structure et qui se tourne vers le produit par la vulnérabilité et l'influence des autres. Le point fondamental est la dépendance. Comme le disent le Service Public d'Information à la Santé et les deux infirmières, il s'agit d'une difficulté voire d'une impossibilité de s'arrêter avec un désir, une envie tellement forte qu'il est impossible de maîtriser. Le propos d'une infirmière m'a interpellée : “la tête et le corps réclament l'alcool”. Pour moi, cette phrase illustre avec clarté la définition de l'alcoolodépendance. La notion de quantité reste floue pour moi, car les deux infirmières ont un avis opposé et la définition du Service Public d'Information à la Santé ne mentionne pas une quantité précise.

En termes de facteurs de risque, ils sont nombreux et plus ou moins identiques. L'évocation d'une comorbidité psychique ou psychiatrique par une infirmière implique des pathologies favorisant l'alcoolodépendance telles que la dépression, l'anxiété, la bipolarité, ce que l'INSERM complète avec la recherche de sensations et de prise de risque ou des psychoses (schizophrénie). Selon moi, la co-dépendance s'inclut car il s'agit d'un trouble psychique associant une double addiction (alcool-tabac). L'environnement touche plusieurs facettes de la vie de l'individu. On peut parler de l'échelle socio-économique avec le niveau de revenu pouvant être associé à la classe sociale, au métier ou au statut professionnel (marin-pêcheur, militaire, métier du bâtiment). Ce qui est intéressant c'est qu'une des deux infirmières insiste sur le plan familial avec l'absence de parentalité et l'absence d'éducation de leur enfant ou encore l'influence de parents avec une présence quotidienne d'alcool ou des parents qui ont eux-mêmes été alcoolodépendants. L'INSERM développe plutôt l'influence sociale avec la présence d'alcool lors de fêtes dans un sphère conviviale et sociable. Ce qui est étonnant c'est que la population jeune est identifiée très différemment. Les infirmières évoquent plus des traumatismes dans l'enfance avec violences physiques, sexuelles et morales, viols ou incestes tandis que H. Joubert souligne la consommation tôt d'alcool chez les jeunes : “plus l'organisme est exposé tôt dans la vie, plus le risque de devenir addict à l'âge adulte est élevé”.

Par ailleurs, les infirmières exposent les conséquences. Elles expriment des complications somatiques avec des atteintes hépatiques, pancréatiques, cognitives.., mais développent peu les conséquences psychologiques avec un effet dépressogène. Cependant, ils évoquent des impacts sur le lien social avec

un isolement par une perte de lien de l'entourage familial et amical mais aussi sur les valeurs de la personne (famille, travail, liberté). Une infirmière évoque un élément auquel je n'aurais pas pensé : les conséquences judiciaires. Cela peut aller du retrait du permis à l'accident alcoolisé ou avoir un suivi SPIP.

## 2. L'influence de la posture professionnelle dans le prendre soin

De manière générale, C. Paillard définit la posture professionnelle comme "la place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée" avec pour objectif d'assurer une efficacité dans les soins et de favoriser la relation professionnelle avec les patients. Dans les entretiens, les infirmières ne donnent pas une définition précise de cette notion mais insistent sur la mise en place d'un cadre de référence. Cela passe par certaines règles qui sont établies à l'accueil du patient telles que : "la distance thérapeutique", "les horaires", "ne pas sortir de la structure" mais surtout "l'interdiction de consommer de l'alcool, des produits illicites ou des médicaments non prescrits". Le choix de le définir dès l'accueil est de pouvoir le rassurer car parfois il n'a jamais de cadre dans sa consommation, l'aider à avancer dans sa problématique addictive et créer une relation saine en le faisant se sentir en sécurité.

Dans mon cadre théorique et lors de mes entretiens, je me suis rendue compte que je focalisais mes recherches sur la reformulation ou les attitudes de Porter vues en cours, mais en prenant du recul, il existe d'autres techniques de communication comme l'entretien ou la référence infirmière. La reformulation ou une posture positive comme l'écoute active, les temps de silence ou la patience sont fondamentaux dans la communication. Les infirmières soulignent l'importance de l'entretien motivationnel avec des questions ouvertes pour laisser au patient une certaine réflexion. Il a pour objectif d'adapter au mieux la prise en soin, de créer avec le patient son parcours de soin et son suivi pour son devenir et sa réinsertion dans la vie active. Il se base sur ce que souhaite évoquer le patient, ses besoins et demandes. Pour que l'entretien se réalise dans les meilleures conditions, il doit être fait dans un environnement sécurisant pour le patient créant selon les infirmières "une atmosphère sereine". Cela passe par une pièce sécurisée, calme, la porte fermée, une proxémie adaptée (au même niveau que le patient et capter son regard) mais également par le consentement du patient et sa motivation et volonté de faire l'entretien. C'est un moment d'échange et de communication pour rassurer le patient et le mettre en confiance pour le rendre acteur de sa prise en charge. De plus, il n'est pas évoqué par les infirmières mais selon R. Magnon et G. Déchanoz, dans certaines organisations de service, la référence infirmière est un outil pour garantir la continuité et la qualité des soins. Elle s'appuie sur l'organisation du soin infirmier pour élaborer un projet de soins individualisé.

Par l'ensemble de ces outils, Walter Hesbeen évoque la prise en soin comme une "attention particulière que l'on va porter à soi-même ou à un autre" en montrant de la disponibilité, du confort voire du réconfort par le soignant. J'ai pu constater qu'il y a un lien avec le savoir-être par le respect de ces valeurs et la réadaptation à la vie sociale soutenue par l'orientation et l'accompagnement. Pour permettre cette réadaptation, il est réalisé au préalable une évaluation de l'addiction sur la nature de l'addiction et les modes de consommations (usage, mésusage, addiction, dépendance). Lors de la conférence SAF de M. Perrono et explicité par les infirmières, des classifications existent pour identifier la sévérité de l'addiction selon certains critères : à partir de 3 critères, on considère que la personne est alcoolodépendante.

Par ailleurs, la posture professionnelle influence la création de la relation avec l'autre. En addictologie, plusieurs relations peuvent être instaurées lors d'entretiens formels ou informels : relation de confiance, d'aide et thérapeutique. C. Paillard indique que la relation de confiance rend au patient le sentiment de sécurité, insisté par une des infirmières : "créer un milieu sécurisé pour le patient". Elles ajoutent qu'elle se crée par une disponibilité constante et une qualité relationnelle : "le patient est rassuré de nous avoir, de nous connaître". En termes de relation d'aide, elle se base sur l'accompagnement pour l'aider à cheminer dans son projet de soin et dans l'avancée de leur problématique addictive. C. Rogers ajoute qu'elle favorise la rencontre entre le soignant et le soigné et la liberté d'expression de ses pensées. La relation thérapeutique, quant à elle, œuvre d'après E. Vaux Lacroix sur la "*collaboration active entre le soignant et le soigné dans un but thérapeutique*". En addictologie, ce but thérapeutique concerne selon elle la consommation contrôlée ou l'abstinence. Cette collaboration active est développée par les infirmières puisqu'elles évoquent une gratification de la part du patient lorsqu'il revient voir le service lorsqu'il va mieux. Ce que je trouve particulièrement intéressant c'est la corrélation entre ces 3 relations exprimées par C. Paillard : "*L'enjeu central de l'alliance thérapeutique consiste à créer progressivement, un lien de confiance réciproque sur lequel se fonde une relation d'aide*".

Cependant, j'ai pu constater lors des entretiens mais également après relecture de mon cadre théorique, qu'il existe des limites à cette prise en soin. J'ai essentiellement évoqué ces limites dans la posture professionnelle alors qu'après réflexion, pour moi ces limites ont un impact fort sur la prise en soin. Parfois, le patient ainsi que ses capacités peuvent impacter cette prise en soin, selon s'il est limité, s'il a des comorbidités (psychiatriques) ou des troubles cognitifs ou s'il est agressif. Une infirmière exploite aussi l'influence de l'âge car cela concerne les jeunes comme des personnes plus âgées. M. Monjauze attire plus sur le fait que ces personnes ont des parcours de soins parfois lourds et datent de plusieurs années. De ce fait, une infirmière exprime que la relation est impactée car le patient n'est pas toujours demandeur de soins ou n'a pas envie d'échanger avec nous, parfois même la relation se ne crée pas ou elle peut se casser, ce que M. Monjauze exprime avec la mise en échec de la reprise

de travail, d'une rechute dans la consommation. Le point qui me paraît le plus important à exploiter est le risque d'épuisement professionnel. En effet, X. Laqueille, A. Chassagnoux et M. Monjauze montrent la complexité de la prise en soin de l'alcoolodépendance avec des infirmières qui "*se sentent démunies et désorientées*", qui "*imaginent la souffrance et l'angoisse*". Les infirmières en discutent autour du burn out et du manque de prise sur soi : manque de recul, de protection, de barrières, de distance et du temps pour soi. R. Magnon, G. Déchanoz exprime cet épuisement professionnel autour de la référence infirmière car comme expliqué dans l'impact sur la relation, parfois la gestion de la situation ou de ses émotions peuvent être dure à gérer entraînant la possibilité du passage de relais à un autre soignant.

Pour reprendre cette discussion, je pense qu'à partir des différentes données et éléments que j'ai comparés, je vais pouvoir répondre à ma question de départ : "En quoi la posture de l'infirmier influence-t-elle la prise en soin d'un patient hospitalisé en addictologie présentant une problématique d'alcoolodépendance ?".

Chaque notion employée dans cet écrit est selon moi subjective. La problématique de l'alcoolodépendance est très complexe et liée à divers facteurs dont surtout le vécu de la personne. On ne peut donc pas faire une généralité des personnes alcoolodépendantes car chaque parcours de vie est unique. C'est pour cela que chaque structure et service mettent en place des programmes avec une logique de continuité pour qu'il y ait la meilleure prise en soin selon le patient à partir d'un parcours de soin et d'un projet individuel personnalisé. Il est acteur de sa prise en charge et en aucun cas le soignant ne doit faire à sa place risquant d'impacter la relation. C'est justement en sachant que l'on doit laisser le patient gérer son parcours de soin que l'on va adapter notre posture professionnelle pour un meilleur accompagnement. Je me rends compte que cette posture professionnelle est une notion très large et qu'elle prend en compte tous les éléments définissant une infirmière compétente. C'est pour cela, et je l'ai peu énoncé dans cet écrit, que l'importance de la formation à certains outils de communication est fondamentale pour faire évoluer notre posture professionnelle et ainsi améliorer davantage notre prise en soin.

Selon moi, avec du recul la notion de prendre soin est très large et complexe à traiter car elle englobe beaucoup d'éléments que je n'ai pas pu traiter. Etant donné que la notion de relation a été à de nombreuses reprises dans cet écrit, je souhaiterais formuler ma question de recherche définitive : En quoi la posture professionnelle de l'infirmier peut-elle influencer la relation auprès d'un patient alcoolodépendant ?

## Conclusion

Pour conclure, ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers avait pour but de répondre à la question : "En quoi la posture de l'infirmier influence-t-elle la prise en soin d'un patient hospitalisé en addictologie présentant une problématique d'alcoolodépendance ?". Cette interrogation s'est basée sur une situation que j'ai vécue durant ma formation et qui m'a marquée. Des recherches théoriques à partir de lectures diverses m'ont permis de définir et d'approfondir des notions et concepts propres à la question : posture professionnelle, problématique d'alcoolodépendance, le prendre soin. Pour conforter mes recherches, j'ai interrogé des infirmières diplômées d'Etat pour avoir une vision réaliste de mon travail. A partir de tous ces résultats, j'ai pu analyser puis croiser toutes ces données afin de les interpréter tout en y ajoutant une réflexion personnelle et professionnelle.

Toute cette étude m'a fait prendre conscience de la complexité de la problématique de l'alcoolodépendance avec une influence prépondérante du vécu du patient. Pour avoir une meilleure prise en soin de cette pathologie complexe, j'ai pu constater qu'il est indispensable que la structure ou le service soit adapté au patient alcoolodépendant. Au-delà du choix de la structure, la prise en soin ne peut se développer sans que le patient soit réellement acteur de sa prise en charge. C'est pour cette raison que l'infirmière réalise le projet individuel personnalisé avec le patient pour lui permettre de le guider dans son parcours de soin. De par ses compétences et en utilisant divers outils, l'infirmière va ainsi adapter sa posture professionnelle pour un meilleur accompagnement et une prise en soin de qualité. Cette dernière ne peut être optimale qu'avec l'établissement d'une relation de confiance, d'alliance thérapeutique ou d'aide avec le patient. Malgré tout, je me suis aperçue qu'il existe un risque sur le maintien de cette relation que ce soit de la part du patient ou du soignant.

Cet écrit élaboré tout au long de cette dernière année de formation a été pour moi un enrichissement tant sur le plan professionnel que personnel. Par ce travail, j'ai pu comprendre l'importance de la posture professionnelle quel que soit le soin. Toutes mes lectures et recherches ont été précieuses pour réaliser cet écrit mais surtout m'ont fait approfondir les notions et concepts énoncés précédemment. Lorsque le mémoire nous a été présenté en deuxième année, il me semblait que rédiger trente pages serait pour moi difficile mais après relecture de mon travail, je suis au final fière de ce que j'ai écrit. Cependant, j'ai pu rencontrer certaines difficultés notamment dans l'écriture de l'analyse des entretiens. Le fait d'avoir interviewé deux infirmières d'un même service laissait peu de variété dans les réponses ce qui m'a perturbée dans la retranscription des données car les éléments étaient assez similaires. En conclusion, ce travail m'a permis de prendre un certain recul sur ma future posture professionnelle en tant qu'infirmière et de savoir adapter mon positionnement selon une situation rencontrée.

## Bibliographie

### **Ouvrages :**

Bioy A., Bourgeois F. et Nègre I. (2013). *Communication soignant-soigné, Repères et pratiques* (3ème édition). Bréal.

Chassagnoux A., Corty S., Lys J., Perrier N., Messen R. et Minassian V. (2017). Spécificités de la pratique infirmière. Dans X. Laqueille et A. Chassagnoux, *Pratiques cliniques en addictologie*. (p.101-114). Lavoisier.

Craplet M. (2021). *L'alcool, première addiction, pour sortir d'un mal chronique*. Odile Jacob.

Gomez H. (2002). *Soigner l'alcoolique*. Dunod.

Gomez H. (2013). *L'hospitalisation brève en alcoologie*. (p.175-184) Erès.

Manoukian A. et Massebeuf A. (2014). *La relation soignant-soigné* (4ème édition). Lamarre.

Monjauze M. (2002). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*. Editions In Press.

Vaux-Lacroix E. (2021). L'alliance thérapeutique avec le patient addict. Dans M. Brennstuhl, F. Marteau-Chasserieu, *L'alliance thérapeutique*. (p. 261-265). Dunod.

Warchol N. (2012). Dépendance. Dans M. Formarier et L. Jovic, *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition). (p.147-150). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

### **Articles :**

Girault Y. (janvier 2015). L'entretien d'accueil en addictologie, pratiques et compétences infirmières. *Revue de l'infirmière* (n°207), p. 40-42.

### **Dictionnaire :**

Paillard C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. SETES

### **Webgraphie :**

Alcool-info-service.fr. (s.d). *Vers une diminution de la consommation d'alcool*.

<https://www.alcool-info-service.fr/alcool/traitement-alcoolisme/Vers-une-diminution-de-la-consommation-d-alcool>

Assurance Maladie. (2022, 10 octobre). Les effets immédiats d'une consommation d'alcool  
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alcool-sante/effets-consommation-alcool#:~:text=La%20consommation%20d'alcool%2C%20m%C3%AAme,survenue%20d'une%20confusion%20mentale.>

CAMH. (s.d.). *L'alcool*.

<https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/l'alcool>

F. Z. (2023, 13 mars). *L'alcoolisme, une dépendance silencieuse*.

<https://www.qare.fr/sante/alcoolisme/>

Frattini B., Dima M. (2021, 8 mars). *Le rôle propre de l'infirmier*.

[https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/le-role-propre-de-l-infirmier#:~:text=L'Organisation%20Mondiale%20de%20la,mental%20et%20social%20\(%E2%80%A6\).](https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/le-role-propre-de-l-infirmier#:~:text=L'Organisation%20Mondiale%20de%20la,mental%20et%20social%20(%E2%80%A6).)

HAS. (2006, 19 juillet). *Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant*.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant#:~:text=Sevrage%20%3A%20arr%C3%AAt%20de%20la%20consommation,th%C3%A9rapeutique%2C%20chez%20l'alcoolod%C3%A9pendant.](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272073/fr/objectifs-indications-et-modalites-du-sevrage-du-patient-alcoolodependant#:~:text=Sevrage%20%3A%20arr%C3%AAt%20de%20la%20consommation,th%C3%A9rapeutique%2C%20chez%20l'alcoolod%C3%A9pendant.)

INSERM, en collaboration avec Naassila, M. (2021, 25 octobre). *Alcool & Santé*.

<https://www.inserm.fr/dossier/alcool-sante/>

IREMA. (s.d.). *La relation d'aide en addictologie*.

<https://www.irema.net/se-former/les-formations/la-relation-daide-en-addictologie#:~:text=La%20relation%20d'aide%20favorise.%C3%A9cout%C3%A9e%20et%20prise%20en%20compte.>

JBB. (2021, mars). *Proxémie*.

<http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/proxemie#:~:text=La%20prox%C3%A9mie%20est%20la%20relation,qui%20est%20proche%20ou%20lointain>

Joubert. H. (2019, avril). *Addiction à l'alcool*

<https://www.snfge.org/content/addiction-l'alcool>

OMS - Communiqué de presse (2018, 21 septembre). *L'abus d'alcool tue chaque année plus de 3 millions de personnes*.

<https://www.who.int/fr/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>

Santé Publique France (2020, 14 janvier). *Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ?*

<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais#block-222590>

Santé Publique France (2021, 26 novembre). *Alcool*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool>

Santé Publique France (2022, 01 juin). *Consommation d'alcool : où en êtes-vous ?*

[https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/consommation-d-alcool-ou-en-etes-vous#:~:text=D'apr%C3%A8s%20les%20donn%C3%A9es%20du,femmes%20\(14%2C9%25\).](https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/consommation-d-alcool-ou-en-etes-vous#:~:text=D'apr%C3%A8s%20les%20donn%C3%A9es%20du,femmes%20(14%2C9%25).)

Sagnard M. et Rolland B. (2020). *Référentiel 2020 des Activités, Compétences, et Formations de l'Infirmier en Addictologie.*

<https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/07/referentiel-ide-2020.pdf>

Service Public d'Information en Santé. (2020, 29 juin). *Alcoolodépendance.*

<https://www.sante.fr/alcoolodependance#:~:text=Information%20en%20Sant%C3%A9-,L'alcoolod%C3%A9pendance%2C%20qu'est%2Dce%20que%20c',sociale%20et%20la%20vie%20affective.>

VIDAL. (dernière mise à jour 2023, 17 avril) . *Alcoolodépendance.*

<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/alcool-dependance.html#:~:text=Selon%20l'OMS%2C%20l'd%C3%A9triment%20de%20toute%20autre%20consid%C3%A9ration.>

**Cours théoriques :** (présentation powerpoint)

Perrono M. (2022, 01 décembre). *Conférence SAF.*

Thebault F. (2022, 12 décembre). *Présentation Pôle Addiction Précarité.*

Robin G. (2022, 18 novembre). *Termes usuels en addictologie.*

Dr Pangui R. (2022, 01 décembre). *Addictions aux substances psycho-actives.*

Mahouin Prost S. (2022, 24 novembre). *Définition et Philosophie des soins palliatifs.*

**Image de couverture :**

<https://www.istockphoto.com/fr/illustrations/alcoolisme>



## Annexes

Annexe I - Triangle d'Olivenstein

Annexe II - Missions de l'infirmière en addictologie

Annexe III - Classification DSM-5

Annexe IV - Guide d'entretien

Annexe V - Retranscription entretien n°1

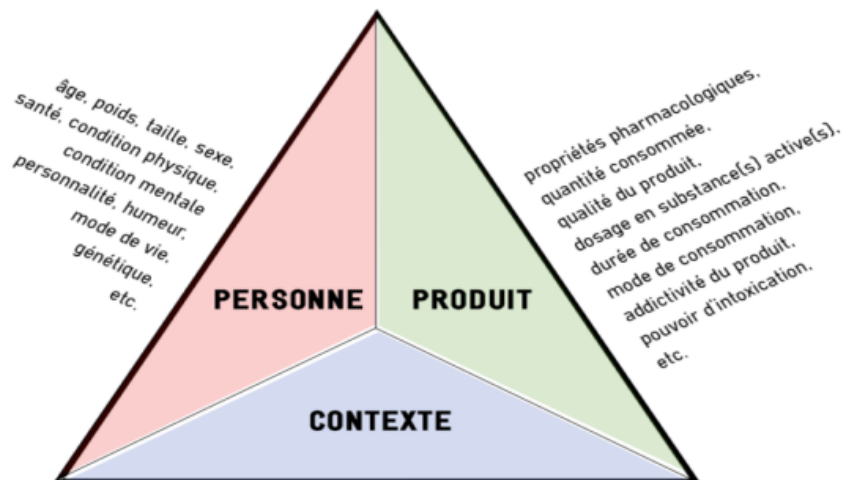
Annexe VI- Retranscription entretien n°2

Annexe VII - Analyse des entretiens

## Annexe I - Triangle d'Olivenstein

D'après la Conférence SAF de M. Perrono, Chargée de prévention et de formation ANPAA Bretagne (01/12/2022)

**Plusieurs facteurs doivent être pris en compte pour comprendre**  
- les effets de la consommation  
- le consommateur



**A/ contexte social :**

milieu de vie, conditions de vie, situation sociale, équilibre relationnel, schéma familial, culture, religion, lois/règlements, publicité, etc.

**B/ contexte de la consommation.**

environnement physique lors de la prise, accessibilité au produit, influence de groupe, etc.

## Annexe II - Missions de l'infirmière en addictologie

D'après le Référentiel de l'Infirmière en Addictologie par la Fédération Addiction (2020)

<p>1- Bilan d'accueil et de suivi d'un patient / usager hospitalisé / en consultation</p>	<p>- Anamnèse de situation :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Antécédents personnels et familiaux</li><li>● Prise en charge antérieure en addictologie et recueil d'informations en lien</li></ul> <p>- Identification</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● D'un état d'intoxication aiguë</li><li>● De signes de manque</li><li>● D'un usage à risque</li></ul> <p>- Diagnostic d'une addiction</p> <p>- Évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● De la sévérité d'un trouble d'usage</li><li>● Des conséquences psychosociales, fonctionnelles, neuropsychologiques, et médicales</li></ul> <p>- Repérage des comorbidités</p> <p>- Analyse des produits et des activités d'addictovigilance</p> <p>- Réalisation de bilans cliniques généraux prescrits par des médecins et/ou des infirmiers en pratique avancée d'autres spécialités</p> <p>- Réalisation de bilans paracliniques</p>
<p>2- Information et éducation du patient / usager et de son entourage</p>	<p><u>Dans les situations suivantes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Restitution d'entretien individuel et / ou de groupes</li><li>- Identification d'une problématique médicale associée</li><li>- Admission d'un patient ou première consultation</li><li>- Entretien de suivi</li></ul> <p><u>Portant sur :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Les risques et les dommages psychosociaux, fonctionnels, et médicaux de son (ses) usages</li><li>- Les pratiques de réduction des risques et des dommages en situation d'usage</li><li>- Le fonctionnement de l'institution</li><li>- Information de prévention en milieux spécifique</li></ul>
<p>3- Orientation et accompagnement du patient / usager et de son entourage</p>	<p><u>Dans les situations suivantes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Problématique psychologique identifiée</li><li>- Problématique médicale associée identifiée</li><li>- Repérage de signes de précarité</li><li>● Orientation vers des services sociaux</li><li>● Orientation vers un entretien psychologique</li><li>● Reformulation par le patient des informations d'orientation communiquées</li></ul>
<p>4- Activité de réseaux et synthèses cliniques</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Animation de réseaux sous supervision médicale</li><li>- Collaboration pluriprofessionnelle incluant les usagers pairs-aidants et les associations d'usagers</li></ul>
<p>5- Gestion d'une situation d'urgence : évaluer, alerter et</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- État d'intoxication aiguë à une substance</li><li>- État de sevrage aigu</li><li>- État d'agitation</li></ul>

administrer un traitement sur prescription (ou protocole) médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble comportemental complexe</li> <li>- Problématique médicale aiguë non-spécifique</li> <li>- État suicidaire</li> <li>- Trouble comportemental</li> </ul>
6- Prescription et délivrance de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitements médicamenteux addictologiques ou non-addictologiques, y compris les vaccins, pour des patients hospitalisés</li> <li>- Traitements addictologiques ou non-addictologiques en cas de délivrance en CSAPA, en particulier Traitement Agoniste Opioïde (TAO)</li> <li>- Substituts nicotiques pour l'addiction au tabac</li> <li>- Délivrance des antidotes à l'intoxication aux opioïdes</li> <li>- Délivrance d'un médicament sur prescription immédiate d'un médecin</li> <li>- Prescription et délivrance de substituts nicotiques et /ou de médicaments ne nécessitant pas une prescription par un médecin</li> <li>- Délivrance d'un médicament en initiation ou renouvellement sur base d'un protocole individuel prescrit par un médecin</li> </ul>
7. Délivrance de matériels de réduction des risques et des dommages et dispositifs de soins	<p>En initiation ou renouvellement, sur la base d'un protocole médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seringues à usage unique, kits d'injection intraveineuse</li> <li>- Préservatifs</li> <li>- Antidotes opioïdes</li> <li>- De kits de naloxone selon les modalités décrites dans « 6. Prescription et délivrance de médicaments »</li> </ul>
8. Participation à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de soins addictologique, en équipe pluriprofessionnelle et avec le patient /usager	<p>Notamment : en suivi de consultation ambulatoire, lors d'un séjour hospitalier : à temps complet, hôpital de jour, ou dans le cadre de consultations ELSA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien motivationnel / Intervention brève</li> <li>- Accompagnement et participation à la mise en œuvre du projet addictologique</li> <li>- Activité de thérapies non-pharmacologiques lors des suivis ambulatoires et des hospitalisations</li> <li>- Entretien à visée psychothérapeutique</li> <li>- Thérapies de support</li> <li>- Psychoéducation / Éducation thérapeutique</li> <li>- Remédiation/ réhabilitation</li> <li>- Accompagnement et Éducation sur la réduction des risques liés à l'usage (AERLU)</li> </ul>
9. Activités administratives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise de rendez-vous</li> <li>- Gestion des commandes de matériel</li> <li>- Gestion des stocks</li> </ul>
10. Formation et évaluation de sa et des pratique(s) professionnelle(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation à des actions de formation interne et externe</li> <li>- Autoformation</li> <li>- Participation à des évaluations de pratiques professionnelles dans des établissements d'exercice sanitaires (SAU, spécialités médicales, chirurgicales, médecine du travail), médico-social</li> </ul>
11. Recherche et évaluation	<p>Participation à des activités de recherche et d'évaluation</p>

### Annexe III - Classification DSM-5

D'après la Conférence SAF de Mathilde PERRONO, Chargée de prévention et de formation ANPAA Bretagne (01/12/2022)

*“Un sujet est considéré comme souffrant d'une addiction quand il présente ou a présenté, au cours des 12 derniers mois, au moins deux des onze critères suivants :*

- 1. Besoin impérieux et irrépressible de consommer la substance ou de jouer (craving)*
- 2. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu*
- 3. Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu*
- 4. Augmentation de la tolérance au produit addictif*
- 5. Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu*
- 6. Incapacité de remplir des obligations importantes*
- 7. Usage même lorsqu'il y a un risque physique*
- 8. Problèmes personnels ou sociaux*
- 9. Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité*
- 10. Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu*
- 11. Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques*

*L'addiction est qualifiée de faible si 2 à 3 critères sont satisfaits, modérée pour 4 à 5 critères et sévère pour 6 critères et plus.”*

## Annexe IV - Guide d'entretien

### *Objectif général :*

Identifier la posture professionnelle la mieux adaptée pour prendre soin d'un patient alcoolodépendant

### *Objectifs spécifiques :*

<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Questions</b>
La personne	
Connaître le parcours professionnel	Quel est votre parcours professionnel ?
Identifier les motivations de l'infirmière	Qu'est-ce qui vous a fait vous orienter et motiver pour travailler en addictologie ?
L'alcoolodépendance en service d'addictologie	
Définir l'infirmière en service d'addictologie	Comment définiriez-vous le service d'addictologie ? Quelles sont les spécificités d'une infirmière en addictologie ? (rôle et missions) Pour vous quelles seraient les qualités requises pour travailler en addictologie ?
Identifier l'alcoolodépendance	Pour vous, qu'est-ce que l'alcoolodépendance ? Quels sont les facteurs de risques et les complications possibles en lien avec l'alcoolodépendance ?
La notion de posture professionnelle	
Evaluer les moyens mis en oeuvre pour adapter sa posture professionnelle	Quelles techniques, outils de communication utilisez-vous ? (reformulation, écoute active...) Quelles attitudes soignantes pourraient favoriser selon vous la communication ?
Identifier ce que représente la posture professionnelle	Que signifie pour vous la posture professionnelle ? Avez-vous le sentiment de devoir adapter votre posture professionnelle selon les situations que vous rencontrez dans le service ?
L'influence du prendre en soin	
Identifier la balance bénéfice/risque sur le prendre soin	Quels bénéfices et risques identifiez-vous dans le prendre soin d'un patient alcoolodépendant ?
Démontrer l'influence du prendre soin sur la création de l'alliance thérapeutique	Dans quelles circonstances l'alliance thérapeutique peut-elle être développée ? (lien entre le prendre soin et l'alliance thérapeutique)

## Annexe V - Retranscription entretien n°1

*Étudiante : Tout d'abord merci de participer à cet entretien. Comme tu le sais, je réalise mon mémoire sur la posture de l'infirmière auprès d'un patient alcoolodépendant. Avant de commencer, comme convenu avec toi cet entretien sera anonymisé et avec ton accord cet entretien peut être enregistré.*

Infirmière : Oui t'inquiète, pas de soucis, ça ne me dérange pas.

*Étudiante : Bon, on va pouvoir commencer. Avant tout, peux-tu présenter ton parcours professionnel et qu'est-ce qui t'a fait orienter et motiver dans l'addictologie ?*

Infirmière : Alors moi je suis diplômée depuis 2010, j'ai eu l'opportunité de commencer ma carrière dans un service de gastro-entérologie qui s'est agrandi au bout de six mois où une aile d'addictologie s'est ouverte. Naturellement, c'était un service gastro-addictologie ce qui était assez logique puisque beaucoup de pathologies sont liées. En soit on n'était pas trop perdu dans nos pratiques professionnelles. Cela a duré pendant à peu près huit ans. Depuis 2019, le service s'est scindé en deux et il y a eu un service purement addictologie qui s'est ouvert. Donc après il fallait faire le choix entre gastrologie et addictologie. J'étais plus en lien avec l'addictologie parce que j'avais fait pas mal de choses déjà dans le service. Je m'étais pas mal investie et cela correspondait un petit peu à ce que je recherche dans ma profession et le fait que je fasse un diplôme universitaire m'a aidé.

*Étudiante : On peut voir qu'il y a une évolution dans l'organisation de votre service, c'est intéressant. Pour continuer, j'ai divisé cet entretien en trois parties et la première concerne l'addictologie. Peux-tu présenter le service d'addictologie où tu travailles ?*

Infirmière : Le service d'addictologie actuel a 20 lits. Au sein du service, nous avons 3 types de séjour. Déjà, il y a 8 lits de sevrage simple où les patients entrent pour être sevrés de produits on va dire addictifs surtout la drogue et l'alcool, pour avoir une surveillance médicale et avoir un début de prise en charge pour certains. Cette hospitalisation est au sein d'un centre hospitalier ce qui permet pour certains patients, de faire un bilan de santé en même temps.

Après, on a 12 lits de programmes scindés en 2 types de programmes : 6 lits de programmes d'orientation où les patients sont hospitalisés sur 13 jours du lundi au samedi avec un week-end au milieu où on fait des activités avec les patients. On essaye en soi vulgairement, de créer avec eux une boîte à outils où on travaille un petit peu pour leur expliquer ce que c'est la dépendance, la pathologie, comment faire en cas de cravings, ce sont des envies irrésistibles. On essaye surtout de créer du lien pour que lorsqu'ils sont en difficulté, ils sachent vers qui se tourner et ne plus rester seul face à leur pathologie. Le 2ème séjour est un peu la continuité du 1er séjour. On ne peut pas faire s'il n'y a pas de programme d'orientation ou un minimum d'autres soins auparavant (cures, post-cures). Il s'agit d'un

programme de consolidation. On est plutôt pareil sur une prise en charge de 13 jours avec un groupe de 6 patients. Sur ce groupe là, on travaille autour de l'écart et de la rechute. Malgré le programme d'orientation, les patients ont des difficultés face aux produits malgré la boîte à outils.

L'idée première du service c'est vraiment de créer ce lien là : c'est de montrer qu'ils ne sont plus tout seuls et que si ils sont en difficulté qu'ils ont le réflexe d'appeler quelqu'un.

*Etudiante : En ce qui concerne l'infirmière en addictologie, peux-tu me dire ses spécificités c'est-à-dire son rôle et missions ?*

Infirmière : Pour moi, mon rôle dans le service est de toucher un petit peu tous les rôles que l'infirmière peut avoir. On a un rôle au niveau de la santé avec les examens, la prise en charge du sevrage, donc toute la partie technique. Le patient qui arrive avec une dépendance physique nécessite souvent une perfusion, un bilan sanguin avec des examens. Après il y a toute la partie relationnelle. Ce sont des patients qui ont besoin d'être écoutés, aidés. Pour cela, on fait beaucoup de relation d'aide, d'entretien motivationnel. Il y a toute une technique qui fait que l'on a beaucoup de formations autour de l'entretien d'aide, de l'entretien motivationnel. On a aussi un petit peu un rôle d'éducation par rapport à la pathologie, de créer avec eux leurs propres outils comme le plan d'urgence en cas d'envie d'alcool et on essaye de travailler sur leur devenir au niveau de la prise en charge après leur séjour. Pour moi, on touche toutes les facettes que peut avoir une infirmière.

*Étudiante : D'accord. Pour toi, quelles sont les qualités requises pour travailler en addictologie ?*

Infirmière : Il faut être ouvert parce que l'on voit beaucoup de personnes qui viennent de toutes les classes sociales aussi bien des classes hautes que des classes basses : un PDG d'une grande entreprise comme une personne sans domicile fixe. On a aussi une qualité de relationnel et d'empathie que l'on doit avoir et aussi de la patience : le patient avance à sa vitesse. En savoir faire, il faut aussi rester à sa place, on ne peut pas faire à la place du patient mais faire avec lui et il ne faut surtout pas tout prendre à cœur. Le risque c'est de casser le lien avec le patient si on va trop vite.

*Etudiante : Comme tu le sais, mon mémoire porte plus sur l'alcoolodépendance. Pour toi, comment définis-tu l'alcoolodépendance ?*

Infirmière : L'alcoolodépendance, pour moi, c'est une personne qui est en difficulté avec le produit. Tu as dû sûrement déjà regarder un petit peu mais il y a des critères pour essayer d'évaluer la dépendance. En fait, dans l'alcoolodépendance, il faut avoir plusieurs critères : ils sont 6 au total, il en faut minimum 3 pour dire qu'on est alcoolodépendant. Dans ces critères là, il y a par exemple le sevrage c'est-à-dire que si le patient montre des signes de sevrage à l'arrêt du produit, cela montre déjà une certaine dépendance. Il y a aussi une consommation excessive et régulière, elle peut être quotidienne



ou en tout cas plusieurs fois par semaine mais avec cette impossibilité de s'arrêter longtemps. Tu as aussi quand le produit prend plus de place parce que les choses qui leur tenait à cœur, leurs valeurs (valeurs famille, travail, liberté) sont souvent impactées par le produit. Petit à petit, le produit grignote ces valeurs-là. Par exemple, le patient va préférer ne plus aller au sport pour pouvoir consommer alors qu'il y a peut-être quelques années c'était quelque chose qui lui tenait à cœur. Le produit grignote aussi sur la famille, il y a des pertes de famille, d'ami, qui se fait petit à petit et qui l'isole. Les cravings, comme je disais, ce sont des envies irrésistibles et incontrôlables qui les obnubilent toute la journée. Des fois, il peut être déclenché par des contrariétés, un isolement social fait ils sont s'ils ont pas de stratégie bah en fait ils refont charme de façon Par contre, il n'y a pas forcément de signes physiques, il peut juste y avoir juste une alcoolodépendance psychologique sans répercussions sur son état général.

*Étudiante : Je vois, c'est plutôt complet comme définition. Ma question suivante est : quels sont les facteurs de risques et les complications en lien avec l'alcoolodépendance ? En continuité avec ce que tu disais juste avant.*

Infirmière : Les facteurs de risque souvent pour l'alcoolodépendance peuvent être soit une dépendance à un autre produit, c'est-à-dire on s'aperçoit que des patients qui ont arrêté une drogue dure type héroïne petit à petit s'il n'y a pas de prise en charge bien complète, ils peuvent bifurquer sur l'alcool qui est un produit qui est plus accessible et légal. On peut aussi avoir des traumatismes qu'on a pu avoir soit dans son enfance, adolescence soit en tant qu'adulte. Ils peuvent avoir des traumatismes physiques, des violences familiales. En termes de facteurs de risques, il y a aussi la comorbidité psychiatrique. Tu peux avoir des pathologies qui peuvent favoriser l'alcoolodépendance type la dépression, la bipolarité. On se rend compte aussi chez les patients qui ont une anxiété généralisée, le post-traumatisme (des personnes qui ont vécu des attentats, des guerres où même une agression dans la rue). En fait, l'alcool est un très bon médicament en premier lieu.

Et après les conséquences. Tu as des conséquences de relation avec l'isolement dû au produit : ce sont des personnes qui peuvent perdre le lien avec compagne, enfants, amis. Tu peux aussi avoir des conséquences amenant des pathologies. Par exemple, une dépression, une bipolarité peut être pourvoyeur d'alcool mais une consommation excessive d'alcool peut aussi entraîner des symptômes dépressifs. C'est pour ça qu'avant de poser un diagnostic de comorbidité psychiatrique, on a besoin de voir un patient sans produit pendant quelque temps comme le diagnostic de dépression : voir s'il y a une humeur triste ou mélancolie. Après, tu as des conséquences médicales. Sur le foie, il y a les hépatites alcooliques, des dysfonctionnements du foie pouvant aller jusqu'à la cirrhose voire le cancer. Le pancréas est aussi un organe assez sensible à l'alcool : pancréatites (aiguës voire chroniques) voire même si le pancréas ne fonctionne plus, il peut avoir un début de diabète. L'autre conséquence

médicale que tu peux avoir, ce sont les troubles de la concentration, de la mémoire et cognitifs qui vont jusqu'à la maladie de Korsakoff qui est l'Alzheimer de l'alcoolique.

*Étudiante : C'est très intéressant car il y a des choses que l'on ne trouve pas forcément sur internet. Comme je te l'ai dit tout à l'heure, mon mémoire parle de l'alcoolodépendance mais plus précisément de la posture de l'infirmière. Tout d'abord, quelles techniques de communication utilises-tu ?*

Infirmière : On utilise déjà l'entretien motivationnel où on part de ce que le patient te dit et tu crées ton entretien au fur et à mesure avec des questions ouvertes puisque si tu fais des questions fermées, cela demande moins de réflexion en lui. Après, les autres techniques on a autour des ateliers sur l'éducation thérapeutique pour partir de ce que sait le patient pour pouvoir créer avec lui son parcours de soins. La technique principale est l'entretien motivationnel mais tu as des outils comme l'écoute active, les temps de silence, prendre son temps pendant l'entretien.

*Étudiante : D'accord c'est très diversifié. Pour toi, quelles attitudes soignantes favorisent la communication pendant un entretien ?*

Infirmière : Quand on commence à faire un entretien, c'est pouvoir se mettre au même niveau du patient c'est-à-dire que chacun est assis dans une pièce sécurisée : la porte fermée. Il faut aussi demander si le patient est en mesure de faire l'entretien, peut-être que psychologiquement il est pas très bien : une crise d'angoisse, des envies. Il faut absolument demander l'approbation du patient pour trouver le bon moment et bien indiquer au patient que c'est lui qui gère l'entretien. Au moment où il souhaite arrêter, on arrête tout en mettant des petites techniques pour essayer de rassurer au maximum le patient et en lui disant bien que l'on est couvert du secret professionnel. Des fois, on peut avoir des parcours de vie traumatisants du type violence infantile avec incestes. C'est pour ça que ce qui est échangé, c'est vraiment ce qu'il souhaite échanger. C'est montrer que le patient est vraiment acteur de sa prise en charge et qu'il gère au maximum tout le long du séjour. On essaye d'apprendre au patient quels types de structures il existe en termes de prise en soin (CSAPA, post-cures) tout en disant que c'est le patient qui décide et pas nous, ils font leur déduction et leur propre expérience.

*Étudiante : Ensuite pour continuer, que signifie pour toi la posture professionnelle ?*

Infirmière : Comme je te disais, malgré de créer un lien sécuritaire, c'est de mettre certaines limites que ce soit pour lui ou pour moi. Après, il y a des règles, il faut juste que ces règles-là soient respectées comme la distance thérapeutique. La posture professionnelle c'est aussi quelque chose qui permet de créer une relation saine et qui doit aller dans les deux sens. C'est pas parce que nous on a une blouse blanche qu'on est supérieur aux patients. C'est pas parce qu'ils ont une problématique addictive, souvent ce sont des patients qui arrivent et qui sont abîmés par la vie et par le produit, donc l'idée c'est

vraiment de créer une atmosphère sereine autour d'eux. On n'est pas là pour leur donner des ordres, d'être trop autoritaire même si on est obligé de mettre un cadre, mais le cadre on le met souvent chez les patients quand on fait l'accueil où on leur explique qu'il y a un règlement avec des consignes claires et le signe. Ça va être de mettre certains horaires parce qu'on sait que nos patients ont souvent une double addiction type alcool-cigarette. C'est de respecter certains horaires pour faciliter notre travail. Tu as aussi la règle qui est logique mais ils ont l'interdiction de consommer de l'alcool, des produits illicites ou des médicaments non prescrits. C'est une règle pour sécuriser le service, le patient et les autres tout au long du séjour. Tout cela permet de mettre un cadre pour permettre une prise en charge qui reste dans la sécurité pour lui, pour nous et surtout pour les autres patients. L'autre cadre c'est de ne pas sortir de la structure mais pouvoir faire le tour de l'hôpital. On a aussi la confidentialité, on est soumis à la confidentialité dans le travail mais eux sont soumis à la confidentialité dans les groupes, ce qui se dit dans les groupes reste dans les groupes. Pour certains ils n'ont jamais eu de cadre, c'est les aider un petit peu à avancer dans leur problématique addictive.

*Étudiante : Je vois. Ma question suivante est un petit peu complexe : est-ce que tu as déjà eu le sentiment de devoir adapter ta posture professionnelle dans une situation que tu as rencontrée ?*

Infirmière : Oui, il y a certains patients où il peut y avoir une remise en question en tant que professionnel et en tant que posture. Effectivement, par exemple on a des patients qui ont des comorbidités, il peuvent avoir des psychotiques qui peuvent boire de l'alcool. On peut avoir des patients qui sont limités, on va avoir une posture un petit peu différente c'est-à-dire qu'on peut utiliser pour ces patients-là le prénom, le tutoiement, cela met des barrières et se retrouvent en difficulté avec le vouvoiement. Le changement de posture va être sur ça mais des fois on peut être mis à mal parce que eux ils peuvent essayer aussi d'utiliser facilement le tutoiement donc c'est à nous aussi de remettre la règle. Je vois que ça en termes de changement de posture.

*Étudiante : Pour moi c'est très bien. On va finir par ma dernière partie qui concerne le prendre en soin. Quels sont les bénéfices et risques que tu identifies dans le prendre soin d'un patient alcoolodépendant ?*

Infirmière : Les bénéfices, comme beaucoup de choses qui touchent le soignant, dans le service on travaille beaucoup en binôme infirmier/aide-soignant et en équipe pluridisciplinaire que ce soit psychologue, assistante sociale, on travaille tous ensemble. Pour moi, c'est extrêmement riche sur le plan professionnel d'avoir cet échange différemment qu'on peut avoir dans d'autres services où on peut être dans l'individualisme parce que la surcharge de travail fait que le binôme n'est pas tout le temps faisable. L'autre bénéfice est de pouvoir avoir cette qualité de relation et de pouvoir travailler tous les jours à s'améliorer sur sa qualité de relation avec l'autre. Ce qui est aussi gratifiant est de

pouvoir aider l'autre et de voir aussi que le patient après le temps qu'il est dans le service, souvent il revient nous voir après quand il va bien. Comme je le dis, ça fait une partie du salaire, il y a le salaire pécuniaire et relationnel et ce que le patient nous ramène comme satisfaction est aussi gratifiant.

En tant que risque, il faut savoir prendre soin de soi parce que dans certains entretiens, on peut avoir des patients qui nous racontent des choses dans le détail de leur vie, de leur traumatisme. Des fois, si on ne prend pas un minimum de recul et qu'on ne se protège pas un minimum, il faut en échanger en équipe dans certaines situations. Il faut faire attention parce que le risque qu'il peut avoir c'est le burn-out parce que si on ne met pas un minimum de recul et de barrière. Chaque spécialité infirmière peut avoir ces spécialités là, nous particulièrement, lorsqu'on fait nos entretiens, on a régulièrement l'histoire des patients qui ont vécu des choses pas faciles comme des pertes d'enfants, des incestes, des viols, des agressions. Donc, si on ne prend pas de distance à la fin de la journée, ça peut être un peu compliqué. L'intérêt c'est de faire la part des choses avec les patients et ne pas tout prendre au premier degré. Il faut aussi avoir une soupape sur le plan personnel et avoir du temps à soi aussi.

*Étudiante : Ma dernière question est : dans quelles circonstances l'alliance thérapeutique peut être développée c'est-à-dire le lien entre le prendre soin et l'alliance thérapeutique ?*

Infirmière : Comme je te disais tout à l'heure, c'est vraiment de créer un lien de confiance avec le patient, c'est-à-dire lui créer un milieu qui est sécurisé pour lui. C'est d'ailleurs pour ça qu'il y a des fois, certains reviennent ou appellent régulièrement parce qu'on a créé ce lien thérapeutique avec eux. Pour eux, il s'agit d'un lieu sécurisé parce qu'il n'y a pas de produits à disposition, un lieu où on crée la relation c'est-à-dire qu'on essaye d'être au maximum disponible pour eux quand on travaille. Si un patient ne va pas bien, ils savent qu'ils peuvent venir nous voir et en discuter, en échanger. Donc l'alliance thérapeutique passe vraiment par ça, c'est vraiment la confiance avec le patient. Parfois, c'est aussi se permettre de faire une impasse, c'est-à-dire que si le patient ne va pas bien et qu'il veut fumer sa cigarette, on peut changer les horaires du cadre et lui permettre d'y aller quand même. Sur certaines choses, on va laisser du lest pour pouvoir créer ce lien de confiance. L'idée c'est que l'alliance thérapeutique c'est vraiment de créer un lieu de sécurité, d'échange avec le non jugement, de rester neutre dans la situation. Des fois, ils peuvent nous raconter des choses qui ne sont pas simples comme des conduites sous alcool, des violences.. Même si ce n'est pas simple car on peut avoir un avis, il ne faut pas être dans le jugement direct mais comprendre au maximum et l'aider à cheminer dans tout ça. C'est vraiment l'accompagnement, faire attention à l'épuisement professionnel car il faut qu'on les accompagne mais il y a certains moments où on ne peut pas tout faire pour eux.

*Étudiante : Est-ce-que tu veux rajouter quelque chose à cet entretien ?*

Infirmière : Non, non c'était très agréable.

## Annexe VI - Retranscription entretien n°2

*Etudiante : Merci de participer à cet entretien. Comme je te l'ai dit, cet entretien porte sur mon mémoire sur la posture de l'infirmière auprès d'un patient alcoolodépendant. Je te rappelle que cet entretien sera anonymisé. Serais-tu d'accord pour que j'enregistre cet entretien pour ma retranscription ?*

Infirmière : Oui pas de soucis.

*Etudiante : Pour commencer, peux-tu te présenter, ton parcours professionnel et qu'est-ce qui t'a fait orienter et motiver dans l'addictologie ?*

Infirmière : Je suis infirmière depuis 5 ans bientôt. J'ai commencé par travailler en psychiatrie de nuit dans une clinique. Après je suis partie, toujours en psychiatrie de nuit dans plusieurs services et j'ai fait quasiment 1 an de remplacement en hôpital de jour en pédopsychiatrie pour enfants. Après je suis arrivée en addictologie, ça va faire 3 ans et demi. J'ai choisi l'addictologie, je suis jeune diplômée maintenant plus vraiment, j'ai fait plein de services et on m'a proposé l'addictologie. Comme je ne connaissais pas, je me suis dit pourquoi pas. Je suis arrivée sans vraiment connaître le milieu du tout, c'était un poste que l'on m'avait proposé et en tant que jeune diplômée c'était intéressant de faire plusieurs services.

*Étudiante : J'ai fait trois parties pendant cet entretien, la première concerne l'addictologie. Peux-tu me présenter le service d'addictologie où tu travailles ?*

Infirmière : Nous on est un service de 20 lits qui sont divisés en 3 parties : une partie de sevrage simple, c'est les patients qui sont adressés par le médecin traitant ou le réseau d'addictologie (CSAPA, hôpital de jour..) et le but de ce soin là c'est de faire un bilan de santé parce qu'ils arrivent souvent pas mal dégradés et de voir ce qu'on peut leur proposer en addictologie et ce que eux souhaitent déjà. C'est toujours en accord avec le patient. Le sevrage dure 1 semaine, 10 jours, 15 jours ça dépend de l'état de santé du patient. Après on a 2 autres parties de programmes qui durent 13 jours : programme d'orientation, c'est le premier programme, de présentation et faire un bilan pour voir ce qu'ils connaissent de l'addictologie. La deuxième semaine de programme est de travailler sur le futur et le retour à domicile surtout et la création de boîte à outil en cas d'envie d'alcool. Le programme de consolidation ce sont des patients qui ont déjà fait un programme d'orientation et on travaille sur l'écart et la rechute, ce qui a fonctionné à la maison, ce qui a été compliqué pour permettre d'évoluer tout en étant encadré par le milieu hospitalier.

*Etudiante : Pour toi, quelles sont les spécificités d'une infirmière en addictologie c'est-à-dire ses rôles et missions ?*

Infirmière : Je pense que le métier d'infirmière en addictologie ça allie les deux "compétences" majeures d'une infirmière. Il y a aussi bien le côté technique en fonction du sevrage, ils ont besoin d'être perfusé, avoir des examens plus précis. Il y a le côté technique de notre rôle et il y a aussi tout le côté relationnel parce que si on a pas un minimum d'empathie ça sera compliqué, de non jugement c'est hyper important. Mais c'est surtout qu'ils ont besoin d'être soutenus dans cette prise en charge lourde et être écoutés. Il faut avoir ces deux aspects-là. Pour venir en addictologie, il faut vraiment avoir envie d'y venir, pas travailler en addictologie par dépit parce que ça ne peut pas fonctionner.

*Etudiante : Tu as déjà un petit peu répondu juste avant mais quelles seraient les qualités requises pour toi pour travailler en addictologie ?*

Infirmière : Tu as l'empathie, le non jugement, la bienveillance envers les patients, l'écoute active, ça c'est hyper important, de prendre son temps avec le patient. Après nous en addictologie, on a cette chance d'avoir le temps avec le patient parce que je sais que dans les autres services, ils n'ont pas forcément la chance d'avoir le temps. Nous en addictologie, si on passe d'une chambre à une autre sans prendre le temps avec le patient ça ne peut pas fonctionner.

*Etudiante : Comme tu le sais, mon mémoire porte sur une addiction précise, c'est l'alcoolodépendance. Peux-tu me dire pour toi, à quoi correspond l'alcoolodépendance ?*

Infirmière : Alors la maladie de l'alcoolodépendance c'est quand on n'est plus capable psychiquement d'arrêter de boire. C'est quand l'envie est trop forte et que la tête et le corps réclament de l'alcool et on est plus capable de dire non. Tu vois, ici on parle d'alcool mais malheureusement il y a bien d'autres addictions avec des produits (drogue, alcool, tabac). C'est pas une question de quantité bien souvent c'est ce que les gens pensent, que c'est qu'une question de quantité. Souvent les gens pensent que les gens alcooliques titubent à longueur de journée alors qu'on se rend compte qu'il y a beaucoup de gens alcoolodépendants qui ne sont pas au courant. Le plus compliqué dans cette maladie c'est que les patients sont inconscients de leur problème, dans le déni et c'est que leur entourage voudrait qu'ils avancent mais c'est pas possible. Par exemple, ce matin j'ai eu l'épouse d'un patient qu'on a eu dans le service mais qui n'était pas à prévenir et elle disait que c'était compliqué à la maison et je lui disais que son époux n'est pas demandeur de soins et on ne peut pas faire sans le patient, c'est difficile de faire comprendre ça à l'entourage, c'est pas simple.

*Etudiante : Oui je suis bien d'accord. Toujours en rapport avec l'alcoolodépendance, qu'est-ce que tu identifies comme facteurs de risques et complications en lien avec l'alcoolodépendance.?*

Infirmière : En facteurs de risques, souvent ce sont des événements en lien avec leur parcours de vie. En fait, soit ce sont des parents qui ont eux-mêmes été alcoolodépendants et qui ont un schéma familial où il y a de l'alcool tout le temps présent et c'est une "normalité". Il y a aussi des adultes qui ont subi des violences physiques, sexuelles et morales étant jeunes et, quand ils sont devenus adolescents, jeunes adultes qui n'arrivent pas à travailler sur ce problème-là et qui ont trouvé l'alcool comme solution. Il y a aussi l'alcool, ce que les patients appellent "l'alcool mondain", il n'y a pas forcément de raison mais les gens boivent. Tu as aussi le métier je pense qui y joue. On remarque beaucoup des métiers type marins-pêcheurs, militaires, métiers du bâtiment. On se rend compte qu'il y a des sortes de rituels : le midi au restaurant ouvrier ils sont liés à l'alcool et donc c'est banalisé alors que ça ne devrait pas. Je pense que c'est tout. Tu as aussi des enfants qui n'ont pas forcément eu une éducation par l'absence de parents, des placements de foyer en foyer et ils doivent se débrouiller par eux-mêmes, ce sont des gens qui sont laissés dans la nature et n'ont pas de structures et sont facilement influençables donc si on leur propose quelque chose ils disent oui.

En complications, souvent au début, l'entourage est soutenant et après souvent ça se dégrade. Des fois, ils perdent tout entourage amical et familial. Au niveau du travail des fois ça tient mais cela dépend, il y a des patrons qui sont plus ou moins soutenant. On entend les patients dire que mon patron a dit de prendre soin, qu'il fallait que je prenne du temps mais quand les patients reviennent plusieurs fois c'est compliqué. Après c'est en fonction du métier aussi, il y a des métiers où c'est dangereux d'être alcoolodépendant. Tu as aussi au niveau judiciaire. Conduire sous alcool souvent ça n'a pas aidé les gens. Souvent, ils ont soit un retrait de permis, suivi SPIP ou d'accidents alcoolisés avec des séquelles. Et évidemment le physique, c'est le truc important. L'alcool fait des ravages sur le corps. Des fois, on a des patients qu'on a plusieurs fois et on voit que là ils se sont dégradés, ça peut-être des jeunes, de tout âge aussi. Voir des jeunes se dégrader c'est plus compliqué.

*Etudiante : Maintenant, on va continuer avec ma deuxième partie. Comme tu le sais, mon mémoire parle de l'alcoolodépendance mais il s'agit surtout de voir la posture de l'infirmière auprès de lui. Pour toi quelles techniques de communication utilises-tu ?*

Infirmière : Récemment, on a eu une formation d'entretien motivationnel où on a appris comment utiliser la technique de la reformulation qui est ultra importante, de ne jamais aller trop vite par rapport au patient, d'être toujours au même niveau, jamais tirer. Ce qui est important aussi c'est d'avoir toujours une attitude au même niveau. Quand le patient est assis c'est de s'asseoir aussi parce qu'on sait bien que quand on est surélevé par rapport à lui ça fait plus imposant au niveau de l'entretien.

*Etudiante : Ensuite quelles attitudes soignantes selon toi pourraient favoriser la communication ?*

Infirmière : En fait tu as déjà le regard, notre positionnement. C'est hyper important de parler en regardant. Après, je pense que le masque n'aide pas la relation, c'est ça dans un peu tous les services, ça cache nos émotions et leurs émotions aussi même si dans leur chambre ils n'ont pas leur masque mais dans le couloir si. Le masque ne favorise pas les entretiens.

*Etudiante : Pour toi, c'est quoi la définition de la posture professionnelle ?*

Infirmière : C'est une posture adaptée aux patients. On se doit de rester à notre position soignante parce que nous en addictologie, il y a certains patients qui aimeraient se lier d'amitié avec nous car ils n'ont plus personne dans leur entourage. Une fois, une patiente m'a dit "vous êtes tellement gentille, j'aimerais bien être votre amie" et toi tu leur dis que non c'est pas possible. On a un rôle soignant et eux un rôle patient et il ne faut pas mélanger les deux parce que ce n'est pas bénéfique dans la relation soignant-soigné, il n'y a aucun intérêt à part créer des choses qui n'ont pas lieu d'être. Donc, il faut toujours avoir ce positionnement, ce côté soignant en les appelant par leur nom de famille et je pense que cela met du cadre parce que en addictologie il faut un cadre parce qu'ils n'ont pas forcément de cadre à la maison et donc si nous on met pas de cadre ça peut-être compliqué. C'est pour ça que le cadre est ultra important en addictologie. Si en tant que soignant on n'a pas une ligne de conduite, les patients vont directement dans les failles.

*Etudiante : Cette question est un peu plus complexe mais as-tu déjà eu le sentiment de devoir adapter ta posture professionnelle sur une situation que tu as rencontrée ?*

Infirmière : On s'adapte tout le temps en fait. Les patients en fonction de leur passif, certains ont des troubles cognitifs, on ne s'adresse pas de la même façon à un patient qui comprend les choses ou un patient qui a des troubles. Dans ces cas-là, il faut lui répéter les choses ou il faut lui dire une chose après une chose, il faut plutôt des questions fermées que des questions ouvertes. On utilise aussi un tableau où on note les rendez-vous parce qu'on a des patients qui ont des gros troubles cognitifs où ils se perdent dans les couloirs. On s'adapte tout le temps au patient et c'est important. J'ai vécu une situation d'agressivité qui n'était pas forcément liée à l'addictologie. C'était un patient qui était persécuté et je parlais au voisin et ça l'a dérangé donc il voulait me taper. J'avais un peu plus recadrer les choses même s'il s'était excusé je savais qu'il fallait remettre le cadre, il fallait que je sois cadrante parce que sinon ça pouvait vite dégénérer. Je viens d'y penser mais j'avais un patient, ça doit faire 2 ans, c'était pendant le Covid, il m'avait dit "est-ce que je peux avoir un entretien" et je lui avais dit que oui, je finissais mon tour et je repasserai vous voir. En arrivant il était assis sur son lit et je m'assois et là il me dit "je suis tombé amoureux de vous". Heureusement qu'il y avait les masques



parce que j'étais gênée et c'était la deuxième fois qu'il venait dans le service. A ce moment là, je savais pas quoi répondre et je lui ai dit que ce n'était pas possible, "vous êtes patient et je suis soignante". Donc après, c'était gêne totale parce que je n'osais pas aller dans sa chambre. Là, la relation il y avait une frontière, c'était malaisant. Je pense que j'étais aussi gênée que lui.

*Étudiante : Ma dernière partie concerne le prendre soin. Pour toi quels sont les bénéfices et les risques que tu identifies dans le prendre soin chez un patient alcoolo dépendant ?*

Infirmière : En risques, il faut savoir qu'on fait des parcours de vie en addictologie, donc on retrace toute leur histoire de vie avec le patient avec ce que eux souhaitent nous dire. On n'est jamais là pour tirer des choses qu'il ne veut pas nous en parler. Souvent, le risque pour moi et pour eux c'est de parler de choses qu'ils n'ont pas forcément envie de parler alors que ça vient naturellement et des fois ils ne sont pas bien vis-à-vis de ça. Nous, pour soignant, des fois on revient de parcours de vie, on n'est pas bien non plus parce que des fois ils nous racontent des histoires et on est choqué de ce qu'ils nous racontent. Moi, quand je reviens à la maison et du coup je pense à eux et je me dis heureusement que je n'ai pas vécu ça et comment ils ont pu vivre ça. Des fois tu peux beaucoup, beaucoup ramer et tu sens que le soir t'es plus usée. C'est un des risques de prendre en soin en addictologie c'est qu'on s'attache au patient, ça reste toujours professionnel mais on s'attache à certains patients et tu vois il y a une seule patiente où on l'appelle par son prénom parce qu'elle vient souvent et qu'elle a une vie pas simple. Et en bénéfice le fait qu'ils ont confiance en nous parce que notre équipe ne change pas souvent, on a une base de soignants où ça fait 3-4 ans qu'on est là. C'est un bénéfice aussi parce qu'ils ont confiance en nous. On a une ligne de téléphone 24h/24 et dès qu'ils nous appellent ils n'ont pas besoin de passer par le standard et pour eux ça les rassurent de nous avoir, de nous connaître. C'est un des bénéfices de la prise en soin. Le fait que ce soit relationnel et technique c'est intéressant pour moi soignante.

*Étudiante : Pour finir cet entretien, dans quelles circonstances l'alliance thérapeutique peut-elle se développer c'est-à-dire le lien entre le prendre soin et l'alliance thérapeutique ?*

Infirmière : Déjà, il faut que le patient soit prêt à nous faire confiance. C'est ce qu'on leur dit tout le temps. On leur dit si jamais vous avez besoin de parler on est là tout le temps jour et nuit et ne pas hésiter s'il souhaite parler à une infirmière précise. C'est bien aussi de se dire qu'on ne peut pas non plus soigner tout le monde. On leur dit des fois avec des soignants ça va passer mais comme nous des fois des patients où il n'y a pas la relation qui se crée et je pense que c'est assez honnête de notre part de dire que ce patient-là je ne vais pas faire son parcours de vie parce que ça ne va pas être bénéfique pour lui ni pour moi parce qu'il n'y a pas ce lien qui est créé. Je pense c'est important de ne pas se voiler la face et de se dire qu'on ne va pas soigner tout le monde et rester les pieds sur terre.

*Etudiante : Voilà. J'ai posé toutes mes questions. Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?*

Infirmière : Non pas forcément. L'addictologie c'est très intéressant. On ne fait pas que de l'alcoolodépendance dans le service, on fait de plus en plus des drogues malheureusement et ça touche tout le monde. Ça peut aller du jeune de 18 ans au monsieur de 70 ans et on est à l'abri de rien que malheureusement ça peut arriver à tout le monde. La prévention et l'éducation sont très importantes mais peu développées.

Annexe VII - Tableaux d'analyse

IDE 1 : Infirmière avec un diplôme universitaire en addictologie

IDE 2 : Infirmière en addictologie

**Thème 1 : L'alcoolodépendance en service d'addictologie**

<i>Objectif 1 : Mettre en évidence les caractéristiques d'un service d'addictologie</i>		
Sevrage	Cure	
<p>IDE 1 : Sevrage simple</p> <p>Avoir une surveillance médicale</p> <p>Avoir un début de prise en charge</p> <p>Faire un bilan de santé en même temps</p>	<p>Orientation</p> <p>IDE 1 : On fait des activités avec les patients</p> <p>Créer avec eux une boîte à outil</p> <p>Expliquer la dépendance la pathologie et comment faire en cas de cravings</p> <p>Travailler sur leur devenir après leur séjour</p>	<p>Consolidation</p> <p>IDE 1 : Continuité du 1er programme (orientation)</p> <p>On travaille autour de l'écart et de la rechute</p>
<p>IDE 2 : Sevrage simple</p> <p>Ce sont les patients qui sont adressés par le médecin traitant ou le réseau d'addictologie (CSAPA, hôpital de jour..)</p> <p>But de faire un bilan de santé</p> <p>Voir ce qu'on peut leur proposer en addictologie</p> <p>Le sevrage dure 1 semaine, 10 jours, 15 jours ça dépend de l'état de santé du patient.</p>	<p>IDE 2 : Premier programme</p> <p>Présentation et faire un bilan sur ce qu'ils connaissent sur l'addictologie</p> <p>Travailler sur le futur et le retour à domicile</p> <p>Création d'une boîte à outil en cas d'envie d'alcool</p>	<p>IDE 2 : Des patients qui ont déjà fait un programme d'orientation</p> <p>On travaille sur l'écart et la rechute</p> <p>Évoluer en étant encadré par le milieu hospitalier</p>

*Objectif 2 : Définir l'infirmière en service d'addictologie*

Spécificités de l'infirmière en addictologie				Qualités requises pour travailler en addictologie	
Double rôle	Rôle relationnel	Rôle technique	Rôle éducatif	Savoir être	Positionnement
<p><b>IDE 1</b> : Toucher un petit peu tous les rôles que l'infirmière peut avoir</p> <p>Toutes les facettes que peut avoir une infirmière</p>	<p><b>IDE 1</b> : Partie relationnelle</p> <p>Besoin d'être écoutés, aidés</p> <p>Relation d'aide, d'entretien motivationnel</p>	<p><b>IDE 1</b> : Examens, prise en charge du sevrage</p> <p>Partie technique</p> <p>Dépendance physique nécessite souvent une perfusion, un bilan sanguin avec des examens</p>	<p><b>IDE 1</b> : Education par rapport à la pathologie</p> <p>Créer leurs propres outils (plan d'urgence en cas d'envie d'alcool)</p>	<p><b>IDE 1</b> : Qualité relationnelle</p> <p>Être ouvert</p> <p>Empathie</p> <p>Patience : patient avance à sa vitesse</p> <p>Non jugement</p> <p>Rester neutre dans la situation</p>	<p><b>IDE 1</b> : Rester à sa place</p> <p>On ne peut pas faire à la place du patient</p> <p>Pas tout prendre à coeur</p> <p>Prendre soin de soi</p> <p>Ne pas tout prendre au premier degré</p> <p>Faire la part des choses avec les patients</p> <p>Souape sur le plan personnel</p> <p>Avoir du temps à soi aussi</p>
<p><b>IDE 2</b> : Allie les deux "compétences" majeures d'une infirmière</p>	<p><b>IDE 2</b> : Côté relationnel</p> <p>Être soutenus</p> <p>Être écoutés</p>	<p><b>IDE 2</b> : Côté technique</p> <p>Sevrage</p> <p>Être perfusé, avoir des examens plus précis</p> <p>Bilan de santé</p>	<p><b>IDE 2</b> : Prévention et éducation est très importante mais peu développée</p>	<p><b>IDE 2</b> : Empathie (x2)</p> <p>Bienveillance</p> <p>Écoute active</p> <p>Prendre son temps avec le patient</p> <p>Non jugement (x2)</p>	<p><b>IDE 2</b> : Rester à notre position soignante</p>

*Objectif 3 : Définir la notion d'alcoolodépendance*

La personne	Le produit	La dépendance
<p><b>IDE 1</b> : Personne qui est en difficulté avec le produit</p> <p>Le patient va préférer ne plus aller au sport pour pouvoir consommer</p> <p>Patients qui arrivent et qui sont abîmés par la vie et par le produit</p>	<p><b>IDE 1</b> : L'alcool est un très bon médicament en premier lieu</p> <p>Produits on va dire addictifs surtout la drogue et l'alcool</p>	<p><b>IDE 1</b> : Evaluer la dépendance [...] minimum 3 pour dire qu'on est alcoolodépendant</p> <p>Il y a une consommation excessive et régulière, quotidienne</p> <p>Le patient montre des signes de sevrage à l'arrêt du produit</p> <p>Impossibilité de s'arrêter longtemps</p> <p>Cravings, ce sont des envies irrésistibles et incontrôlables qui les obnubilent toute la journée</p> <p>Pas forcément de signes physiques, il peut juste y avoir une alcoolodépendance psychologique sans répercussions sur son état général</p>
<p><b>IDE 2</b> : Les patients sont inconscients de leur problème, dans le déni</p> <p>Beaucoup de gens alcoolodépendants ne sont pas au courant</p> <p>N'ont pas de structures et sont facilement influençables</p>	<p><b>IDE 2</b> : Produits (drogue, alcool, tabac)</p>	<p><b>IDE 2</b> : La tête et le corps réclament de l'alcool et on est plus capable de dire non</p> <p>On est plus capable psychiquement d'arrêter de boire</p> <p>L'envie est trop forte</p> <p>Ce n'est pas une question de quantité</p>

*Objectif 4 : Identifier les facteurs de risque et complications en lien avec l'alcoolodépendance*

Facteurs de risque				Complications		
Parcours de vie	Comorbidité psychiatrique	Co-dépendance	Milieu de vie	Relationnelles	Judiciaires	Somatiques
<p><b>IDE 1</b> : Contrariétés, isolement social</p> <p>Traumatismes soit dans son enfance, adolescence, soit adulte</p> <p>Traumatismes physiques, violences familiales</p> <p>Post-traumatisme (attentats, guerres, agression dans la rue)</p> <p>Violence infantile avec incestes</p> <p>Vécu des choses pas faciles (pertes d'enfants, incestes, viols, agressions)</p>	<p><b>IDE 1</b> : Pathologies qui peuvent favoriser l'alcoolodépendance (dépression, bipolarité)</p> <p>Anxiété généralisée</p>	<p><b>IDE 1</b> : Dépendance à un autre produit</p> <p>Peuvent bifurquer sur l'alcool qui est un produit qui est plus accessible et légal</p> <p>Souvent une double addiction type alcool-cigarette</p>	<p>Toutes les classes sociales</p> <p>Classes hautes ou classes basses</p> <p>Un PDG d'une grande entreprise comme une personne sans domicile fixe</p>	<p><b>IDE 1</b> : Le produit grignote sur les valeurs</p> <p>Il prend plus de place sur leur valeurs (famille, travail, liberté).</p> <p>Isolement dû au produit</p> <p>Personnes peuvent perdre le lien avec compagne, enfants, ami</p> <p>Produit grignote sur la famille, il y a des pertes de famille, d'ami et qui l'isole</p>		<p><b>IDE 1</b> : Entraîner des symptômes dépressifs</p> <p><i>Foie</i> : hépatites alcooliques, dysfonctionnements du foie Jusqu'à cirrhose voire cancer</p> <p><i>Pancréas</i> : organe assez sensible à l'alcool Pancréatites (aiguës voire chroniques) Début de diabète</p> <p><i>Troubles</i> : concentration, mémoire et cognitif Jusqu'à maladie de Korsakoff (Alzheimer de l'alcoolique)</p>

<p><b>IDE 2</b> : Parents qui ont eux-mêmes été alcoolodépendants</p> <p>Schéma familial où il y a de l'alcool tout le temps présent</p> <p>Violences physiques, sexuelles et morales étant jeunes</p> <p>“Alcool mondain”, il n’y a pas forcément de raison mais les gens boivent</p> <p>Enfants qui n’ont pas forcément eu une éducation par l’absence de parents</p> <p>Placements de foyer en foyer</p>			<p><b>IDE 2</b> : Métier je pense qui y joue</p> <p>Métiers type marins-pêcheurs, militaires, métiers du bâtiment</p> <p>Rituels : le midi au restaurant ouvrier ils sont liés à l'alcool</p>	<p><b>IDE 2</b> : Perdent tout entourage amical et familial</p> <p>Travail des fois ça tient mais cela dépend</p> <p>Patrons qui sont plus ou moins soutenant</p> <p>Plus personne dans leur entourage</p>	<p><b>IDE 2</b> : Retrait de permis</p> <p>Suivi SPIP</p> <p>Accidents alcoolisés avec des séquelles.</p>	<p><b>IDE 2</b> : L'alcool fait des ravages sur le corps</p> <p>On a des patients qu'on a plusieurs fois et on voit que là ils se sont dégradés</p>
---	--	--	---	--	---	---

## Thème 2 : La notion de posture professionnelle

<i>Objectif 5 : Évaluer les moyens mis en oeuvre pour adapter sa posture professionnelle</i>			
Techniques de communication		Attitude soignante favorisant la communication	
Entretien motivationnel	Posture positive	Environnement sécurisant	Réassurance
<p><b>IDE 1 :</b> Formations autour de l'entretien d'aide de l'entretien motivationnel</p> <p>Entretien motivationnel (x2)</p> <p>On part de ce le patient te dit</p> <p>Crée ton entretien avec des questions ouvertes</p> <p>Si question fermées, moins de réflexion en lui</p> <p>Technique principale</p> <p>Education thérapeutique pour partir de ce que sait le patient</p> <p>Créer avec lui son parcours de soin</p>	<p><b>IDE 1 :</b> Ecoute active</p> <p>Temps de silence</p> <p>Prendre son temps pendant l'entretien.</p>	<p><b>IDE 1 :</b> Au même niveau du patient</p> <p>Assis dans une pièce sécurisée : la porte fermée</p> <p>On est couvert du secret professionnel</p> <p>Apprendre au patient quels types de structures existent en termes de prise en soin (CSAPA, post-cures)</p> <p>Lien sécuritaire</p> <p>Créer une atmosphère sereine autour d'eux</p>	<p><b>IDE 1 :</b> Faire avec lui</p> <p>Demander si le patient est en mesure de faire l'entretien</p> <p>Demander l'approbation du patient pour trouver le bon moment</p> <p>Indiquer au patient que c'est lui qui gère l'entretien</p> <p>S'il souhaite arrêter, on arrête tout en mettant des petites techniques</p> <p>Ce qui est échangé, c'est vraiment ce qu'il souhaite échanger</p> <p>Montrer que le patient est vraiment acteur de sa prise en charge</p> <p>Il gère au maximum tout le long du séjour</p> <p>C'est le patient qui décide et pas nous</p> <p>Ils font leur déduction et leur propre expérience</p>
<p><b>IDE 2 :</b> Formation d'entretien motivationnel</p> <p>Technique de reformulation</p>	<p><b>IDE 2 :</b> Jamais aller trop vite par rapport au patient</p> <p>Jamais tirer</p>	<p><b>IDE 2 :</b> Etre toujours au même niveau</p> <p>Attitude au même niveau</p>	<p><b>IDE 2 :</b> Ce que eux souhaitent nous dire</p> <p>Jamais là pour tirer des choses qu'il ne veut pas nous en parler</p>



	S'adapte tout le temps au patient (x2)	Patient est assis c'est de s'asseoir aussi Regard Positionnement (x2) Parler en regardant	Faut que le patient soit prêt Voir ce qu'on peut leur proposer en addictologie Ce que eux souhaitent C'est toujours en accord avec le patient.
--	--	--	---

*Objectif 6 : Identifier les représentations de la posture professionnelle*

Notion de posture professionnelle		Adaptation de la posture professionnelle selon une situation rencontrée	
Mettre un cadre	Objectif	Communication	Patient
<b>IDE 1</b> : Mettre certaines limites que ce soit pour lui ou pour moi Il y a des règles à respecter : distance thérapeutique Aller dans les deux sens On est pas là pour leur donner des ordres, d'être trop autoritaire Quand on fait l'accueil Règlement avec des consignes claires et il le signe Horaires (x3) Interdiction de consommer de l'alcool, des produits illicites ou des médicaments non prescrits	<b>IDE 1</b> : Permet de créer une relation saine Sécuriser le service, le patient et les autres tout au long du séjour Permettre une prise en charge qui reste dans la sécurité pour lui, pour nous et surtout pour les autres patients Aider un petit peu à avancer dans leur problématique addictive	<b>IDE 1</b> : Remise en question en tant que professionnel et en tant que posture Posture un petit peu différente Prénom, tutoiement Met des barrières et se retrouvent en difficulté avec le vouvoiement Comprendre au maximum	<b>IDE 1</b> : Patients qui ont des comorbidités Psychotiques qui peuvent boire de l'alcool Patients qui sont limités

<p>Ne pas sortir de la structure mais pouvoir faire le tour de l'hôpital</p> <p>Confidentialité (x2) : dans le travail et dans les groupes</p> <p>Certains ont jamais eu de cadre</p>			
<p><b>IDE 2</b> : Appelant par leur nom de famille</p> <p>Cela met du cadre</p> <p>Pas forcément de cadre à la maison</p> <p>Cadre est ultra important en addictologie</p> <p>Cadrante parce que sinon ça pouvait vite dégénérer</p>	<p><b>IDE 2</b> : Posture adaptée aux patients</p>	<p><b>IDE 2</b> : Ne s'adresse pas de la même façon à un patient qui comprend les choses ou à un patient qui a des troubles</p> <p>Répéter les choses ou il faut lui dire une chose après une chose</p> <p>Questions fermées que des questions ouvertes</p> <p>On utilise un tableau où on note les rendez-vous</p> <p>“Vous êtes patient et je suis soignante”</p>	<p><b>IDE 2</b> : Certains ont des troubles cognitifs</p> <p>Situation d'agressivité</p> <p>Patient me dit “je suis tombé amoureux de vous”</p> <p>Jeunes, de tout âge</p> <p>Jeune de 18 ans au monsieur de 70 ans</p>

### Thème 3 : L'influence du prendre soin

*Objectif 7 : Identifier la balance bénéfice/risque sur le prendre soin*

Bénéfices		Risques	
Organisation du service	Relation	Relation soignant-soigné	Epuisement professionnel
<p><b>IDE 1</b> : Binôme infirmier/aide-soignant</p> <p>Equipe pluridisciplinaire que ce soit psychologue, assistante sociale</p> <p>On travaille tous ensemble</p> <p>Extrêmement riche sur le plan professionnel</p> <p>Echange différemment qu'on peut avoir dans d'autres services</p> <p>Échanger en équipe dans certaines situations</p>	<p><b>IDE 1</b> : Qualité relationnelle</p> <p>Améliorer sur sa qualité de relation avec l'autre</p> <p>Aider l'autre</p> <p>Il revient nous voir après le service quand il va bien</p> <p>Patient nous ramène comme satisfaction est aussi gratifiant</p> <p>Fait partie du salaire : salaire pécuniaire et salaire relation</p>	<p><b>IDE 1</b> : Peut avoir un avis</p> <p>Utiliser facilement le tutoiement</p> <p>Casser le lien avec le patient si on va trop vite</p> <p>Patients peuvent essayer aussi d'utiliser facilement le tutoiement</p>	<p><b>IDE 1</b> : Patients qui nous racontent des choses dans le détail de leur vie, de leur traumatisme</p> <p>Burn out</p> <p>Prend pas un minimum de recul (x2)</p> <p>Ne se protège pas un minimum</p> <p>Pas un minimum de barrières</p> <p>Si on ne prend pas de distance, ça peut être compliqué</p>
<p><b>IDE 2</b> : Notre équipe ne change pas souvent</p> <p>Base de soignants où ça fait 3-4 ans qu'on est là</p> <p>Dans les autres services, ils n'ont pas forcément la chance d'avoir le</p>	<p><b>IDE 2</b> : On a cette chance d'avoir le temps avec le patient</p> <p>Ça les rassurent de nous avoir, de nous connaître</p>	<p><b>IDE 2</b> : Masque n'aide pas la relation : cache nos émotions et leurs émotions</p> <p>Masque ne favorise pas les entretiens</p> <p>Patient n'est pas demandeur de soins et on ne peut pas faire sans le patient c'est difficile</p>	<p><b>IDE 2</b> : Voir des jeunes se dégrader c'est plus compliqué</p> <p>Racontent des histoires et on est choqué</p> <p>Quand je reviens chez moi je pense à</p>

<p>temps</p> <p>Ligne de téléphone 24h/24 jour et nuit</p> <p>Ce soit relationnel et technique</p>		<p>Patients aimeraient se lier d'amitié avec nous : pas bénéfique dans la relation soignant-soigné</p> <p>On n'a pas une ligne de conduite, les patients vont directement dans les failles.</p> <p>La relation il y avait une frontière</p> <p>Parler de choses qu'ils n'ont pas forcément envie de parler</p> <p>Des fois des patients où il n'y a pas la relation qui se créée</p> <p>Il n'y a pas ce lien qui est créé</p>	<p>eux</p> <p>On s'attache aux patients</p> <p>Beaucoup ramer et tu sens que le soir t'es plus usée</p> <p>On ne peut pas non plus soigner tout le monde</p> <p>On ne va pas soigner tout le monde et rester les pieds sur terre</p>
--	--	---	--

*Objectif 8 : Démontrer l'influence du prendre soin sur la création de l'alliance thérapeutique*

Relation de confiance	Lieu sécurisé	Accompagnement
<p><b>IDE 1</b> : Certains reviennent ou appellent régulièrement</p> <p>On a créé ce lien thérapeutique avec eux</p> <p>Lieu où on crée la relation</p> <p>Au maximum disponible pour eux</p> <p>Peuvent venir nous voir et en discuter, en échanger</p> <p>C'est vraiment la confiance avec le patient</p>	<p><b>IDE 1</b> : Créer milieu qui est sécurisé pour lui</p> <p>Lieu sécurisé parce qu'il n'y a pas de produits à disposition</p> <p>Créer un lieu de sécurité</p>	<p><b>IDE 1</b> : Aider à cheminer dans tout ça</p> <p>Accompagnement</p> <p>On les accompagne mais on ne peut pas tout faire pour eux</p>

<p>On va laisser du lest pour pouvoir créer ce lien de confiance</p> <p>Créer du lien</p> <p>Si en difficulté, ils savent vers qui se tourner et ne plus rester seul face à leur pathologie</p> <p>Montrer qu'ils ne sont plus tout seuls et que s'ils sont en difficulté, ils ont le réflexe d'appeler quelqu'un</p>		
<p><b>IDE 2</b> : Ils ont confiance en nous (x2)</p> <p>Si jamais vous avez besoin de parler on est là</p> <p>Le patient soit prêt à nous faire confiance</p> <p>Pas hésiter s'il souhaite parler à une infirmière précise</p>	<p><b>IDE 2</b> : Tout le temps jour et nuit</p>	

## Quatrième de couverture

NOM : YVINEC

PRÉNOM : Jeanne

TITRE : La posture de l'infirmière dans la prise en soin d'un patient alcoolodépendant hospitalisé en addictologie

### Résumé :

La posture professionnelle de l'infirmière est très souvent adaptée et modifiée pour prendre en soin au mieux un patient alcoolodépendant. C'est pourquoi mon travail de recherche de fin d'études s'est concentré sur l'adaptation de la posture professionnelle dans la prise en soin chez un patient alcoolodépendant. En effet, à partir d'une situation vécue, j'ai pu me demander : "En quoi la posture professionnelle de l'infirmière influence-t-elle le prendre soin d'un patient alcoolodépendant ?".

Pour répondre au mieux à ma question, j'ai fait des recherches théoriques par l'intermédiaire d'auteurs en définissant les notions et concepts clés de ce sujet : la posture professionnelle, l'alcoolodépendance en service d'addictologie et le prendre soin. De plus, pour que cet écrit soit le plus réaliste possible, j'ai interviewé deux infirmières exerçant dans un service d'addictologie.

Grâce à toutes les données recueillies dans mes recherches et l'analyse des entretiens, j'ai pu ainsi faire ressortir la notion de subjectivité car chaque prise en soin est propre aux besoins et souhaits de chaque patient. Il est acteur de sa prise en charge et selon le positionnement et l'attitude du soignant, il existe un risque de rupture de la relation. Cela met en évidence que le comportement de l'infirmière fait partie de la posture professionnelle et définit une infirmière compétente.

### Summary :

The nurse's professional posture is very often adapted and modified to take better care of an alcohol dependent patient. This is why my research, during my final year of my studies, is focused on professional posture adaptation to take care of an alcohol dependent patient. As a matter of fact, I've personally experienced a situation where I asked myself: "How does the nurse's professional posture affect the recovery of an alcohol dependent patient?".

To answer my question, I had to do theoretical research through authors by defining key notions and concepts of this subject: professional posture, alcohol dependence in a rehabilitation centre, and how to take care of the patients that are affected by this illness. In addition, for this paragraph to be as realistic as possible, I interviewed two nurses that worked in a rehabilitation centre.

Thanks to all the information that I gathered with my research and the analysis of the interviews, I was able to detect the notion of subjectivity, because the care is catered to each patient, to meet their needs and wishes. The nurse is a key element in the patient's recovery, and depending

on the nurse's position and attitude, there is a potential risk of ruining the relationship with the patient. This highlights that the nurse's behaviour is a part of professional posture and defines whether a nurse is competent or not.

MOTS CLÉS : (4-5) : Posture professionnelle / Prendre soin / Patient / Alcoolodépendance

KEY WORDS (4-5) : Professional posture / To take care / Patient / Alcohol dependence