

La liberté du patient alcoolique face à l'impuissance du soignant en situation palliative

Carine Lévy

► **To cite this version:**

Carine Lévy. La liberté du patient alcoolique face à l'impuissance du soignant en situation palliative. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01616142>

HAL Id: dumas-01616142

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01616142>

Submitted on 13 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université Pierre et Marie Curie – Paris 6
Faculté de Médecine**

La liberté du patient alcoolique
face à l'impuissance du soignant
en situation palliative



*Par Carine Lévy
Infirmière Diplômée d'Etat*

Mémoire pour le DU Accompagnement et fin de vie

Année universitaire : 2016 – 2017

Responsables d'enseignement : Dr Véronique Blanchet et Dr Yolaine Raffray

Remerciements

Merci à Me Blanchet, Me Raffray, Me Cholewa, M. Alvarez, M. Fiat et à tous les intervenants de cette année de DU pour la qualité et la richesse de leurs cours.

Merci à Me Blecha, addictologue à Paul Brousse et Véronique infirmière en addictologie à Paul Brousse pour les entretiens qu'elles m'ont accordés.

Table des matières

Introduction.....	4
I. Récit.....	5
II. Analyse de la situation.....	7
III. La liberté du patient alcoolo – dépendant face au sentiment d’impuissance du soignant en situation palliative.....	9
A – La liberté du patient alcoolo-dépendant.....	9
1 – Définitions.....	9
a) La liberté.....	9
b) Le choix.....	10
c) Le désir, le souhait.....	11
d) L'alcoolo-dépendance.....	11
2 - Accompagner le patient dans le sevrage.....	13
3 - Les soins sous contraintes.....	15
B - Situation palliative.....	16
1 - Définition des soins palliatifs.....	16
2 - Situation palliative.....	16
C - Le sentiment d’impuissance du soignant.....	17
1-L’impuissance.....	17
2-Les mécanismes de défense du soignant.....	18
IV. Synthèse.....	20
V. Conclusion.....	21
Bibliographie.....	22
Annexes.....	24

Introduction

Je suis infirmière en milieu hospitalier depuis vingt ans et depuis neuf ans en médecine hépatologie, à l'hôpital Paul Brousse, où ma situation se déroule. Nous accueillons des patients atteints d'hépatite, de cirrhose pouvant évoluer en carcinome hépato-cellulaire, des patients atteints souvent de maladie grave évolutive. A ceux qui répondent à certains critères sont proposé une transplantation hépatique, quant aux autres nous les suivons la plupart du temps de longs mois, voire années et souvent jusqu'à la mort.

Je ne me destinais pas à cette profession qui n'était pas pour moi une « vocation » mais j'aime mon métier et je n'aurais pas voulu faire un autre choix : c'était fait pour moi !

Durant ma carrière j'ai traversé des phases de remise en question professionnelle avec un besoin et une envie de faire mieux et autrement, ce qui m'amène aujourd'hui à intégrer ce DU accompagnement et soins palliatifs.

La situation choisie pour mon RSCA est une situation complexe qui m'a particulièrement marqué ces derniers mois et sur laquelle j'avais envie de travailler afin d'en explorer certains aspects.

I. Récit

Madame L. est une patiente de 56 ans qui arrive dans le service d'hépatologie, où je travaille, adressée par son médecin traitant, pour une première hospitalisation en février 2014. Elle vient pour vomissements, diarrhées, anorexie, asthénie et augmentation du périmètre abdominal, dans le cadre d'une hépatopathie alcoolique chronique. Elle est suivie en consultation depuis un an par le professeur du service pour une stéatose alcoolique ainsi qu'en addictologie.

Au service, elle est souvent alitée, a des troubles de continence et se déplace occasionnellement en faisant le tour du service lorsque son compagnon de 15 ans son aîné lui rend visite. Elle a effectivement quelques difficultés à la mobilisation en raison des œdèmes des membres inférieurs et d'une probable neuropathie alcoolique. Lorsque je m'occupe d'elle, les premiers jours, je découvre une femme triste qui communique peu, asthénique ne cherchant pas à établir un lien avec le personnel. Je la trouve passive et peu concernée par son état. Peu à peu, elle entre en communication mais plutôt sur le mode agressif, en critiquant mes collègues qui ont oublié de lui faire un soin ou qui ne l'ont pas changée à temps alors que sa protection était souillée. Je prends du temps pour l'écouter et essaye de la mettre en confiance en la rassurant sur le professionnalisme de mes collègues et sur la cohésion existant dans l'équipe incluant une bonne entente. Petit à petit son état s'améliore, essentiellement grâce au traitement diurétique, aux injections d'albumine et à sa non consommation d'alcool. Elle est revue par l'équipe mobile d'addictologie qui lui re-propose un suivi qu'elle ne refuse pas mais ne fera pas. La consommation d'alcool est un thème sensible à aborder avec elle. Lorsque je tente de l'évoquer elle change de sujet ou précise qu'elle n'a pas de problème. Je pense qu'elle est dans le déni de sa consommation et minimise la situation.

Elle est réhospitalisée en janvier 2015 pour décompensation oedémato-ascitique, en janvier 2016 pour encéphalopathie hépatique et en mars 2016 pour hématoméso. Sa maladie a évolué, elle a une cirrhose alcoolique sévère, non sevrée avec une thrombose porte. Lors de ces trois dernières hospitalisations, elle exprime très régulièrement le souhait de rentrer à domicile, que son compagnon ne peut rester seul. Elle retourne à chaque fois prématurément à domicile à sa demande. Je ne peux m'empêcher d'être dans le jugement et de penser qu'elle souhaite vivement rentrer pour s'alcooliser. En janvier, elle me parle aussi, pour la première fois, de sa fille de 37 ans avec laquelle elle est en froid depuis dix ans et clôt aussitôt la conversation.

Elle revient lors d'une dernière hospitalisation le 27 avril 2016 pour décompensation oedémato-ascitique avec infection du liquide d'ascite. Elle n'est toujours pas sevrée. J'essaie à nouveau de lui parler de sa consommation et d'en savoir un peu plus sur son mode de vie, son histoire. Elle aborde de façon évasive une séparation avec son compagnon qui pourrait expliquer sa reconsumation. Elle s'exprime peu et nous laisse l'équipe et moi avec un sentiment de frustration. Les soins consistent en ponctions d'ascite pour la soulager, antibiothérapie et stimulation à se nourrir car elle semble avoir perdu le goût et le plaisir de s'alimenter.

A la suite d'une ponction d'ascite, elle se déglobulise, elle a effectivement un volumineux hématome dû à un saignement d'une branche de l'artère épigastrique qui la fait décompenser avec dans les jours qui suivent une détresse respiratoire et une

importante hypotension. Elle fait un séjour en réanimation où l'artère est embolisée. Malheureusement, les ponctions d'ascite suivantes ne seront qu'hémorragiques.

A cet instant-là, à son retour au service, la décision pluridisciplinaire est prise de ne pas la réanimer si son état s'aggrave car il n'y a pas de projet thérapeutique en raison de la volonté de la patiente de ne pas se sevrer. De plus, l'administration des diurétiques ne fait qu'aggraver ses troubles métaboliques. Son compagnon réapparaît à ce moment-là et ne semble pas réaliser la gravité de la situation. Madame L., la plupart du temps consciente et orientée malgré son encéphalopathie chronique, fait tout pour le rassurer en lui disant que tout ira bien, qu'elle est confiante. Je la trouve malgré tout angoissée, tantôt agitée tantôt passive. J'essaye de passer du temps avec elle, de l'écouter, de savoir ce qu'elle désire.

Le cas de Madame L. me tient particulièrement à cœur, je la sens en détresse, elle veut sortir, être sur ses pieds mais est incapable de s'asseoir au bord du lit. Elle est souvent triste, pas très entourée et finalement a peu de demandes. Je me sens démunie et voudrait être plus aidante, je sens qu'elle ne dit pas tout et quelque chose semble la tracasser. Je pense que nous devons tout faire pour l'aider à rentrer chez elle puisque c'est son seul souhait.

En accord avec l'équipe pluri-professionnelle je fais appel à l'EMSP de l'hôpital afin qu'elle nous conseille sur une prise en charge optimale et au fond de moi j'espère qu'elle nous aidera à trouver une communication plus adaptée. Elle lui propose un transfert dans un service où l'on privilégie le confort. Elle ne refuse pas mais n'accepte pas non plus. Je n'assiste pas à cet entretien. L'équipe partie, elle demande à me parler et souhaite que je lui réexplique sa situation. Elle me dit qu'elle a compris qu'il s'agit d'une unité de soins palliatifs, qu'elle sait qu'elle va mourir mais qu'elle refuse d'y aller, qu'elle veut rentrer chez elle ou rester dans le service. Je lui affirme que nous allons faire notre possible pour répondre à sa demande. Je l'informe que pour un retour à domicile et dans son état il faut un aidant et souhaite savoir si quelqu'un, hormis son compagnon, est susceptible de l'être, si elle a de la famille dont elle n'a pas parlé. Elle me reparle brièvement de sa fille, ajoute qu'elle est cruelle et qu'elle ne veut plus la voir, mais que son compagnon est capable de gérer. Je la laisse l'appeler et reviens quelques instants plus tard, elle me dit qu'il est d'accord mais entre-temps celui-ci appelle au service pour annoncer qu'il ne peut pas le faire mais qu'il ne veut pas le lui dire.

Au vue de l'angoisse, de la détresse psychique de Madame L. et de l'impasse dans laquelle cette situation complexe met l'équipe, un traitement par anxiolytique est introduit dans le but de l'apaiser et de la détendre.

Le lendemain je reçois un appel du gendre, le mari de la fille, qui se manifeste pour la première fois. Il dit qu'il est proche de sa belle-mère, contrairement à sa femme et qu'il souhaite voir Me L. Il me parle du compagnon de la patiente, m'apprend qu'il est sous curatelle et qu'ils ne vivent pas ensemble mais sont voisins de palier, ayant chacun un studio dans un foyer. Je prévient la patiente de la visite de son gendre pour avoir son accord, elle accepte et souhaite même à cet instant-là la présence de sa fille. D'autre part, elle est persuadée que ses deux petits enfants seront présents et veut faire des courses pour leur préparer un goûter. Madame L. semble confuse et désorientée.

A ce stade, la priorité de mes collègues et moi, est de rendre la vie de Madame L. le plus confortable et le plus doux possible. Je ne peux m'empêcher de croire qu'une des motivations à vouloir rentrer est l'envie d'alcool et me renseigne sur la possibilité d'avoir du vin ou autre par l'intermédiaire de la diététicienne du service, mais les médecins refusent cette proposition.

Le week-end suivant, alors que Madame L. ne s'exprime presque plus et a une baisse de la vigilance, son gendre et sa fille viennent, cette dernière qui ne souhaite pas aller voir la patiente reste dans le couloir, je lui propose de venir à notre rencontre. Je suis dans le bureau avec un collègue infirmier et une interne de garde qui ne connaît pas particulièrement Madame L.

La fille pose des questions sur l'état de santé de sa mère, le lien entre la maladie et l'alcoolisme, comprend la gravité et demande des informations sur l'administratif relatif au décès prochain de sa maman. Elle semble triste mais garde du recul face à la situation et selon moi une certaine froideur. Elle évoque son enfance, l'alcoolisme et la dépression de sa mère. Elle confirme le fait d'être fâchées depuis dix ans et réaffirme sa volonté de ne pas aller la voir. J'ai très envie de lui dire qu'elle devrait y aller. Mes collègues et moi l'écoutons. Finalement, elle apercevra une dernière fois sa mère en restant sur le pas de la porte de la chambre.

La patiente mourra deux jours plus tard dans le service après avoir plongé dans un coma.

II. Analyse de la situation

Problèmes que pose cette situation :

Lors de la première hospitalisation la patiente présente une asthénie, des vomissements, une anorexie, des diarrhées et une augmentation du périmètre abdominal.

Lors de cette même hospitalisation, elle a une perte d'autonomie due aux œdèmes des membres inférieurs et à une neuropathie alcoolique se manifestant par un alitement, des troubles de la continence et de la mobilisation.

Elle a une hépatopathie alcoolique qui évolue de stéatose en cirrhose alcoolique chronique avec une thrombose portale qui a pour conséquence une immunodépression avec risque d'infection et d'hémorragie.

Me L. qui est dépressive, est souvent triste et communique peu et parfois sur le mode agressif.

Elle n'est pas sevrée, ne parle pas de sa consommation d'alcool, ne fait pas le suivi en addictologie.

Elle est à chaque fois hospitalisée in extremis, dans des situations d'urgence et retourne à domicile à sa demande, prématurément.

Me L. est socialement isolée, a peu ou pas de visite. Elle a une fille de 37 ans avec laquelle elle est fâchée depuis dix ans, un compagnon sous curatelle et vit dans un studio situé dans un foyer.

Lors de la dernière hospitalisation, Me L. a une infection du liquide d'ascite qui nécessite une antibiothérapie et des ponctions.

Me L. a un saignement d'une branche de l'artère épigastrique dû à une ponction d'ascite qui l'a fait déglobuliser et décompenser, nécessitant un séjour en réanimation afin d'emboliser l'artériole.

Problèmes que me pose cette situation :

L'isolement familial et social dans lequel Me L. se trouve me pose question : elle est en froid avec sa fille depuis dix ans, refuse de la voir, la qualifie de « cruelle » jusqu'à une probable prise de conscience de l'évolution létale de sa maladie, où elle accepte qu'elle vienne à son chevet. Les raisons de cette séparation mère – fille ne trouvent pas d'explications auprès des soignants car lors de l'entretien avec la fille, celle-ci reste évasive, donne quelques informations sur la dépression de sa mère et exprime qu'elle pense que sa mère est alcoolique depuis son enfance.

Un autre aspect qui me pose problème est de n'avoir pu répondre à sa demande de retour à domicile. Celui-ci n'est plus envisageable au stade de la maladie avancée à la fin du récit. Me L. est devenue dépendante et son éventuel aidant, sous curatelle, ne peut et ne veut assumer sa prise en charge. Aurait-on pu anticiper ce retour, mieux l'organiser en répondant ainsi au souhait de la patiente ?

Cette situation m'a aussi particulièrement touchée et interrogée en raison de l'absence de projet thérapeutique dû au non sevrage de la patiente et au déni de sa maladie alcoolique. En effet, la stéatose de Me L. en 2014 évolue en 2015 en cirrhose, il ne peut y avoir de traitement curatif sans sa participation. Elle est hospitalisée à chaque fois « in extremis », contre son gré. Je me suis demandée si tout avait été mis en place, si nous nous étions donné les moyens de l'accompagner dans un éventuel sevrage. Cette prise en charge me laisse un sentiment de frustration face au suivi de la patiente, a-t-elle pris les décisions en pleine conscience, lui a-t-on suffisamment tendu la main ? Et surtout en lui laissant sa part de liberté de choix, sa liberté de boire, n'aurait-on pas pu penser que nous étions dès le début en situation palliative. Avons-nous pris à temps les justes décisions ? Ce sentiment d'impuissance que je ressens dans cette situation pose la question des limites face à ce profil de patients, les limites dans la capacité des soignants à soulager et à guérir. Ne sommes-nous pas dans une excessive exigence, une sorte de fantasme de toute puissance thérapeutique ? Cette situation peut créer de la souffrance chez le soignant.

A partir de ces points évoqués, j'ai choisi d'explorer la problématique suivante :

III. La liberté du patient alcoolo-dépendant face au sentiment d'impuissance du soignant en situation palliative

A- La liberté du patient alcoolo-dépendant

1-Définitions

a) La Liberté :

Pour débiter, il me semble important de rappeler la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, qui dans l'article premier stipule que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ». ¹ Cette phrase familière à chacun d'entre nous, résonne particulièrement dans la situation de Me L. et plus généralement dans la prise en charge de patients alcoolo-dépendants en raison du chemin singulier qu'ils prennent dans leur vie et des choix qu'ils font ou subissent comme nous le verrons un peu plus loin.

* Le Petit Larousse² définit la liberté ainsi :

- État d'une personne qui n'est pas soumise à la servitude.
- État d'un être qui n'est pas retenu prisonnier.
- Possibilité de se mouvoir sans gêne ni entrave physique.
- Possibilité d'agir, de penser, de s'exprimer selon ses propres choix.
- État d'une personne qui n'est liée par aucun engagement professionnel, conjugal.
- Attitude de quelqu'un qui n'est pas dominé par la peur, la gêne, les préjugés.
- Faculté pour un citoyen de faire tout ce qui n'est pas contraire à la loi et qui ne nuit pas à autrui.
- Droit d'exprimer librement ses pensées, ses opinions et de les publier.
- État de l'homme qui se gouverne selon sa raison en l'absence de tout déterminisme.

Le fait d'être soumis à la servitude ou d'être prisonnier ne peut donc permettre à un homme d'être libre, par définition. Ainsi, le patient alcoolo-dépendant peut être considéré comme esclave de la boisson, enchaîné à l'objet de sa dépendance qui le retient prisonnier.

* Le dico de la philosophie³ donne cette définition :

- Un état d'indépendance. L'Homme qui est esclave d'un autre homme et qui ne peut jouir de lui-même, n'est pas libre.
- Un engagement. Si être indépendant est une condition nécessaire de la liberté, ce n'est pas une condition suffisante. Car on trouve beaucoup de personnes

¹ www.un.org, site des Nations Unies

² Le Petit Larousse illustré, 100^{ème} édition, p.631

³ Le Dico de la philosophie, Les Dicos Essentiels, Milan, p. 143-144

indépendantes qui ne sont pas libres pour autant. Il leur manque de se déterminer par elles-mêmes à travers un engagement intérieur, au lieu de se contenter de faire ce qui leur plaît en suivant le caprice de leurs désirs, plus dictés par la Nature que par un choix délibéré. Rousseau l'illustre en définissant la liberté non pas par le fait de n'être soumis à rien mais par celui de se donner des lois.

- Une lucidité. On est libre en donnant naissance à une liberté réelle et non en échappant à la vie réelle.

- Un épanouissement. L'Homme devient libre quand il devient actif de sa propre vie, on dit qu'il s'est délivré. Il apparaît que la liberté se définit par la possibilité de choisir qui ne peut se faire que si plusieurs actions sont envisageables. Selon Sartre⁴ : « être libre, ce n'est point faire ce que l'on veut, mais c'est vouloir ce que l'on peut ».

Ces définitions m'amènent à penser qu'on ne peut être libre si on ne l'a pas décidé dans une attitude active et volontaire. De plus la liberté serait de ne pas succomber à ses désirs mais de s'imposer une conduite de vie en ne laissant pas de place aux caprices.

Ainsi, pour être libre, il faut pouvoir agir et décider entre deux choix, deux voies possibles. Cela signifie qu'un patient alcoolo-dépendant qui agit en toute liberté sans entrave, a la possibilité en le décidant selon son propre choix d'arrêter de boire et que c'est sa liberté d'agir et de penser qui l'a mené à cette conduite addictive. On peut alors considérer qu'il peut, s'il le souhaite, arrêter et s'affranchir de cette addiction. Dans ce cas, s'il est en mesure et qu'il a la capacité de décider, c'est qu'il agit probablement en toute autonomie. Pourtant ce n'est pas si limpide et cette réflexion me conduit à définir quelques termes supplémentaires.

Il existe deux notions bien distinctes qu'il faut définir afin d'éclairer ma réflexion, le choix et le désir ou souhait. Je n'ai retenu que des définitions philosophiques qui semblaient plus appropriées à mon cheminement.

b) Le choix

* Selon Web philo⁵ :

- Décision par laquelle on donne la préférence à une possibilité en écartant les autres. Il implique donc une décision à l'inverse d'une impulsion. Il s'agit d'un acte volontaire pour déterminer son action après avoir considéré plusieurs possibilités. Cela implique que l'Homme ne peut pas choisir ce qu'il ne peut pas réaliser. Encore faut-il pour choisir disposer d'une entière liberté en dehors de toute préférence. Le choix est arbitraire si tel possible n'a pas plus de valeur que l'autre mais si un choix est préféré à l'autre, il faut pouvoir déterminer cette raison à savoir si elle relève d'un sentiment, d'une détermination affective (ex : le plaisir) ou d'un jugement reposant sur la moralité. En fait, pour choisir il faut préférer en étant guidé par ses sentiments qui renvoient au désir ou par un jugement impliquant la réflexion et la délibération.

⁴ Sartre, JP, l'être et le néant, 1943

⁵ www.webphilo.com

Cette définition met en avant la décision, action pensée, réfléchie et étudiée en n'écartant pas le fait que dans toute réflexion aboutissant à un choix, entre en considération une part de l'affect qui peut déterminer une préférence. Cela me permet de faire le lien avec le terme désir ou souhait.

c) Le désir, le souhait

* Selon le dico de la Philosophie⁶ le désir est :

- le manque : désirer c'est être attiré par quelque chose ou quelqu'un parce que l'on éprouve le besoin et le manque de cette chose ou cette personne. Le désir implique un effort pour attirer à soi l'objet de celui-ci. Il consiste à dépendre des choses ou des autres et à vivre à l'extérieur de soi parfois en esclave. Selon Platon il fallait s'affranchir du désir. Il enchaîne l'âme au corps et la détourne de l'intelligible.
- l'affirmation de la vie. Désirer c'est vouloir quelque chose parce que la vie nous intéresse en opposition au fait de ne rien vouloir. En ce sens, le fait d'être attiré par, de vouloir attirer à soi peut être un élan positif témoignant d'un lien réel avec la vie. Pour Spinoza, le désir est un effort pour persévérer dans l'être, il fait selon lui partie des trois affections primitives avec la joie et la tristesse.

À la vue de ces différents aspects et définitions, il me semble qu'une personne alcoolo-dépendante ne peut être libre, à moins qu'elle ne vive que dictée par ses désirs. Ces désirs sont probablement le reflet d'un manque, manque induit par ce qui est devenu un besoin et non plus un choix. Pour éclairer cette réflexion je vais tenter de définir l'alcoolisme ou alcoolo – dépendance.

d) L'alcool-dépendance

Le premier médecin à définir l'alcoolisme est le docteur Magnus Huss⁷ en 1849 il vient remplacer le terme « ivrognerie », il définit le lien entre l'excès d'alcool et les maladies associées à cette absorption. Puis le docteur Pierre Fouquet⁸, fondateur de l'alcoolologie française, définit en 1951 l'alcoolisme : « Est alcoolique tout homme ou toute femme qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool ». Cela montre que l'essentiel de la définition est la « dépendance, l'obligation (intérieure du sujet) de boire »⁹.

Nous sommes dans ce cas bien loin de la représentation de la liberté puisque le patient ne peut plus décider en pleine conscience de ce qui est bien ou pas pour lui. La nécessaire obligation engendrée par la situation dans laquelle il se retrouve n'a plus rien à voir avec un choix.

⁶ Le dico de la philosophie, Les dicos essentiels, Milan, p.74-75

⁷ Médecin Suédois (1807-1890)

⁸ Médecin Français (1913-1998)

⁹ Descombey, JP, l'homme alcoolique, p.24

*Selon l'OMS¹⁰ :

L'alcoolisme, donc le syndrome de dépendance est défini ainsi : « ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités ». ¹¹

Les normes de l'OMS sont¹² :

- Pas plus de quatre verres par occasion pour un usage ponctuel.
- Pas plus de vingt et une semaines pour un usage régulier chez l'homme avec trois verres par jour.
- Pas plus de quatorze semaines chez la femme avec deux verres par jour.
- S'abstenir au moins un jour par semaine.

Il faut préciser qu'un verre d'alcool correspond à 10 g d'alcool pur c'est-à-dire une bière de 25 cl. Voir annexe n°1 (alcoholinfoservice.fr)

Puis apparaît la classification internationale (DSM-IV puis V, CIM-10) qui sont des classifications des troubles psychiatriques permettant l'évaluation de la dépendance et de définir les troubles liés à l'usage d'alcool.

Actuellement, selon le DSM-V, la dépendance est définie par un mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois. Voir annexe n°2 (réseau-addictions-rap.fr)

Selon les psychiatres, la dépendance est une conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de la consommation par rapport à un seuil, une fréquence ou aux dommages induits. ¹³

La « perte de la maîtrise » et les définitions précédentes écartent le patient de toute forme de choix. Il paraît évident que l'impossibilité de décider en raison du lien avec la substance psychoactive est plus forte que la volonté ou que la conscience qu'il peut avoir de l'emprise de celle-ci.

Selon une psychiatre addictologue avec laquelle j'ai pu m'entretenir, ce qui complique la prise en charge d'un patient alcoolo-dépendant est le critère 9 du DSM-V, c'est-à-dire que « l'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance ». Voir annexe n°2.

Cela détermine une emprise extrêmement importante. Selon elle, c'est un critère de mauvais pronostic quant au sevrage.

Ainsi, la volonté et la motivation du patient qu'on pourrait croire nécessaires et suffisantes de notre point de vue de soignant sain dans le choix de boire ou de ne pas

¹⁰ Organisation Mondiale De La Santé

¹¹ www.who.int

¹² www.ama.lu/alcool_oms.php

¹³ Référentiel de psychiatrie, presses universitaires, p.419

boire sont écrasées par ce qui est une envie irréprouvable. La dépendance ou l'addiction prend le dessus malgré les efforts et la conscience que le patient a du mésusage de l'alcool, la perte de liberté est alors évidente.

De part ce cheminement on pourrait penser que tout patient alcoolo-dépendant est condamné et qu'aucune action n'est possible. Pourtant, il faut tenir compte d'un ensemble de facteurs, ainsi le patient n'est pas réduit à une unité mais à un ensemble d'interactions. Selon la psychiatre addictologue rencontrée, le patient est à considérer selon un modèle Bio-Psycho-Social, où interagissent, sa biologie (c'est-à-dire ses gènes exprimant parfois une tendance à l'alcool) et sa vulnérabilité, son environnement (sa famille, son quartier) et la société dans laquelle il évolue. Ainsi en agissant sur un des facteurs tel que la famille ou parfois juste en empêchant un gène de s'exprimer par un facteur chimique tel que les molécules d'Acamprosate qui agissent sur la volonté ou le Chlorhydrate de Naltrexone qui coupe le cycle de récompense engendré par la libération de dopamine dans la prise d'alcool, le patient trouve une aide au maintien du sevrage.

Je me suis intéressée aux outils qui existent pouvant inciter le sevrage d'un patient alcoolo-dépendant.

2-Accompagner le patient dans le sevrage

Il existe des moyens qui peuvent amener ce changement chez un patient alcoolo-dépendant. Une infirmière d'addictologie spécialisée dans la prise en charge des patients alcooliques m'a indiqué selon son expérience, les facteurs qui favorisent le sevrage d'un patient :

- L'environnement c'est-à-dire l'entourage s'il est consommateur ou pas, le soutien familial. Si celui-ci est bienveillant, le patient pourra en tirer un bénéfice déterminant dans l'affirmation de soi.
- Les capacités cognitives : si le patient a la capacité de se projeter dans l'avenir il peut anticiper ses actions et ne pas être uniquement dans le plaisir immédiat et ainsi éviter le « craving », l'envie irréprouvable de consommer la substance qui correspond souvent à un rituel.
- Les expériences précédentes de sevrage : si le patient a la capacité de garder à l'esprit les effets bénéfiques de celui-ci, le taux de réussite est augmenté.
- L'aspect culturel et religieux.
- Le stade de cirrhose.
- La démarche du sevrage : se soigner ou se faire soigner, l'implication.
- Les comorbidités psychiatriques.
- L'alliance thérapeutique avec les soignants.
- La gestion des émotions positives et négatives : certains boivent parce qu'ils apprennent une mauvaise nouvelle, d'autres une bonne.

Il existe également, un outil utilisé pour évaluer le patient quant à sa motivation : la roue du changement appelé le cercle de Prochaska et Di Clemente¹⁴. Les entretiens motivationnels sont conduits en se référant au stade de changement de la personne

¹⁴ <https://intervenir-addictions.fr>

consommatrice. Le soignant peut adapter son discours aux représentations du patient de façon à induire le passage au stade suivant.

- La pré intention ou pré contemplation : le patient n'a aucune pensée de sevrage.
- L'intention ou contemplation : il pense à arrêter de boire.
- La préparation ou détermination : il a pris sa décision, il planifie d'arrêter de boire.
- L'action : il est activement engagé dans le changement.
- Le maintien, la liberté ou maintenance : il a fait des changements mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute.

Voir annexe n°3 (le cercle de Prochaska et Di Clemente-intervenir-addictions.fr).

Nous voyons bien ici que cette « roue du changement » nécessite l'adhésion du patient précédée du fameux déclic sans lequel ne peut s'instaurer l'alliance thérapeutique.

Pour Michèle Monjauze, psychothérapeute, l'accompagnement du patient alcoolique passe par la compréhension, le soin et le respect de la honte qui l'anime, par la restauration et la consolidation de son enveloppe corporelle en soutenant son image narcissique, en reconnaissant ses souffrances et ses angoisses.¹⁵

Cette réflexion et expertise qu'elle met en avant me laisse un sentiment partagé. Nous les soignants pourtant emphatiques, dont les principes sont entre autres la bienfaisance, la non malfaisance tombons parfois trop facilement dans le jugement en raison de la représentation de l'image de l'alcoolique que nous avons. Ces sentiments sont nommés contre-attitudes. Les contre-attitudes sont des attitudes réactionnelles à un comportement perturbant. Cette prise en charge, décrite par M. Monjauze, me paraît pourtant celle vers laquelle tendre en parlant pour nommer les sensations, le ressenti physique et psychologique et encourager les idées positives du patient alcoolo-dépendant.

Dans ce contexte de volonté parfois anéantie, je me suis demandée dans quelle mesure peut-on contraindre un patient alcoolo-dépendant à se faire soigner et s'il existe des obligations de soins. Dans ce domaine, d'alcoologie, vouloir, pouvoir et liberté prennent un sens complexe. Comme le dit Catherine Delrocq (infirmière référente en addictologie) : « où se cache la liberté dans l'enfer journalier de ces personnes dépendantes de l'alcool ? Une spirale infernale les emprisonne ». Elle cite un patient : « plus je suis mal, plus j'en ai besoin, et plus j'en prends, plus je suis mal ! »¹⁶

Comment vouloir quand on ne peut pas. En effet, une psychiatre addictologue m'a expliqué que le cortex préfrontal, responsable des choix logiques, de la partie morale et pensante diminue chez les patients alcooliques, au détriment du système limbique dont le rôle est déterminant dans les émotions.

¹⁵ Monjauze, M, comprendre et accompagner le patient alcoolique, p.193

¹⁶ Monjauze M., comprendre et accompagner le patient alcoolique, préambule de Delrocq C.

3-Les soins sous contraintes

La loi du 15 avril 1954 de Landry –Cordonnier¹⁷, dont parle le Docteur Hervé Martini dans sa thèse, concerne le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, elle sera abrogée en 1985 en raison des difficultés de sa mise en œuvre. Ces contraintes juridiques ont pour but de limiter la récurrence de faits répréhensibles en obligeant à la rencontre avec le système. Cette contrainte peut être positive, elle est parfois l'unique modalité d'entrée dans un processus d'abstinence qui peut être envisagé sous l'angle de l'aide au changement. L'intervention d'un tiers (assistante sociale, police...) peut être bénéfique puisqu'elle contient l'alcoolique dans des limites en faisant appel à la partie saine de sa responsabilité.

S'en suit des recommandations de l'HAS¹⁸ en 2005 qui stipulent que la prise d'alcool aiguë ou chronique peut justifier une hospitalisation sans consentement à condition qu'elle soit associée à des troubles psychiatriques, et/ou des antécédents de passage à l'acte, et/ou un risque prévisible pour le patient ou pour autrui¹⁹. Puis, arrivent des recommandations en 2013/2014 par la SFA²⁰ dont l'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes présentant un mésusage de l'alcool. On considère cinq catégories d'usage de l'alcool :

- Le non usage
- L'usage simple ou à faible risque
- Le mésusage qui comprend trois catégories :
 - a) L'usage à risque
 - b) L'usage nocif
 - c) L'usage avec dépendance

« Les objectifs principaux de la prise en charge du mésusage sont d'éviter l'évolution vers des complications...et d'améliorer la qualité de vie des patients »²¹.

Il s'agit au-delà d'agir ou de contraindre, de prévenir, d'où le rôle primordial du médecin généraliste, des campagnes de prévention et de prise en charge précoce du patient alcoolique afin d'éviter ce qui peut s'avérer être un accompagnement douloureux. En mettant l'accent sur la dangerosité de l'alcool, le soignant prépare l'approche clinique.

Dans le cas de ma situation clinique, Me L. n'a pas été contrainte à se soigner. Je pense que dès le départ nous étions en situation palliative avec un accompagnement plus ou moins approprié. Ceci m'amène à définir les soins palliatifs.

¹⁷ Martini H., soins sous contrainte et alcool, p.5

¹⁸ Haute Autorité De Santé

¹⁹ [www.has-sante.fr>application>pdf>h...](http://www.has-sante.fr/application/pdf/h...)

²⁰ Société Française D'Alcoologie

²¹ www.sfalcoologie.asso.fr

B - Situation palliative

1 - Définition des soins palliatifs

Selon la SFAP²², les soins palliatifs sont définis par la loi de 1999 qui stipule que toute personne malade peut recourir à des soins palliatifs visant à soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique et sauvegarder la dignité.

En 2002, cette définition est ajustée, précisant qu'elle concerne les personnes atteintes de maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Les soins visent à améliorer le confort et la qualité de vie et à soulager les symptômes²³. Voir annexe n°4

Selon l'OMS, la définition de 2002 précise que nous sommes face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle²⁴. Voir annexe n°5

C'est donc bien en 2002 qu'est intégrée cette notion de maladie évolutive pouvant entraîner la mort. Je me suis demandée si l'on pouvait apparenter un accompagnement de patient alcoolo-dépendant, avec la plupart du temps des dommages induits, à un accompagnement de patient en situation palliative, pour lequel il n'y a pas de traitement curatif ou de rémission durable possible et parler ainsi d'addictologie palliative. Cette vision peut sembler provocatrice pourtant, les soins palliatifs visent à soulager les symptômes physiques, psychologiques et spirituels en tenant compte de l'évolution de la maladie, tout comme l'accompagnement d'un patient alcoolo-dépendant.

Le propre du soignant est de vouloir chercher à aider mieux : pour cela il faut renoncer à faire à la place et accepter que le patient ne veuille pas d'aide, en d'autres termes, l'aider à moins souffrir psychologiquement. Il s'agit bien là de ne pas faire preuve d'obstination déraisonnable. Selon M. Monjauze, « il s'agit d'une tâche beaucoup plus complexe, mais infiniment plus intéressante : se laisser toucher par la souffrance morale, sans y répondre, pouvoir l'apaiser, comprendre le fonctionnement psychique des alcooliques pour les aider, à se reconstruire narcissiquement... ».²⁵

2-Situation palliative

Une situation palliative peut se définir par le fait que le patient se situe en phase palliative, c'est-à-dire que les traitements ne le guériront plus. On distingue la phase palliative active où des traitements visant à ralentir l'évolution de la maladie peuvent être instaurés et la phase palliative symptomatique où le confort prime, elle peut durer plusieurs années à la différence de la phase terminale.²⁶

²² Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

²³ www.sfap.org

²⁴ www.sfap.org

²⁵ Monjauze M, comprendre et accompagner le patient alcoolique, préambule.

²⁶ Blanchet V, Soins palliatifs : réflexions et pratiques, p.153-158

La vulnérabilité des patients en situation palliative renvoie à celle des patients alcoolo-dépendants qui sont vus comme fragiles avec des difficultés multi – factorielles. Selon une étude publiée dans la thèse d’A. Reyre au sujet des soignants en addictologie, ils peuvent craindre pour l’avenir de leurs patients. Ils s’inquiètent pour leur pronostic vital et craignent leur mort physique plus ou moins prochaine.²⁷

Dans cette attitude nous sommes plutôt proche de la conception des soins palliatifs qui, sans craindre la mort physique, l’appréhende, l’intègre dans un modèle de soins, un travail sur la vie, une approche globale, le « care » anglo-saxon.

En reliant ce concept de prise en charge palliative avec celle du suivi d’un patient alcoolo-dépendant nous pouvons être confrontés à un sentiment d’impuissance accru qui peut conduire à souffrir en tant que soignant.

C - Le sentiment d’impuissance du soignant

1-L’impuissance

* Selon le CNRTL (centre national de ressources textuelles et lexicales)²⁸ :

- Manque de force physique ou morale pour agir, manque de pouvoir.
- Impuissance à agir, à convaincre quelqu’un, à exprimer quelque chose, à se représenter quelque chose. Elle traduit l’inefficacité de toute action.

Selon Virginia Henderson, le sentiment d’impuissance s’inscrit dans le besoin d’agir selon ses croyances et ses valeurs.

Il convient d’explorer ces définitions en parlant de la souffrance des soignants, confrontés à leurs limites de pratique pouvant engendrer des frustrations.

Selon JP.Lebrun, psychiatre et psychanalyste, le sentiment d’impuissance survient quand il n’y a pas de moyen d’arriver à l’objectif par opposition à l’impossibilité qui désigne la conscience qu’on ne peut rien faire. « Dans l’échange entre humains, l’incomplétude est d’emblée au programme. Nul ne pourra entièrement satisfaire la demande de l’autre »²⁹. Il conviendrait donc de faire le deuil de l’idéal soignant en ayant conscience de ses limites, de celles du patient et de la situation parfois complexe dans laquelle il se trouve.

Selon Louis Alvarez (cours du 09/03/17), l’impuissance c’est de ne pas pouvoir et de ne pas le supporter.

Pour être ce soignant, on se doit d’identifier nos projections, afin de prétendre à une altérité en respectant la subjectivité du patient. Une des façons est de connaître et reconnaître ses propres mécanismes de défense afin de les intégrer. Nous devons rester un acteur éclairé, gardant un œil pour s’observer, dans la rencontre avec le patient afin de se protéger.

²⁷ Reyre A, l’inquiétude des soignants en addictologie, p.217

²⁸ www.cnrtl.fr

²⁹ Lebrun JP, Soins palliatifs : le dernier manteau, p.82-83

2-Les mécanismes de défense du soignant

Si les mécanismes de défense existent c'est qu'il y a une souffrance inhérente souvent de l'ordre de l'inconscient où se jouent des conflits intrapsychiques.

Martine Ruszniewski³⁰, psychologue clinicienne et psychanalyste, a mis en avant neuf mécanismes psychiques qui s'instaurent souvent à l'insu du soignant lui permettant de s'adapter à une réalité vécue comme douloureuse dans la situation d'une maladie grave.

- Le mensonge/ le pare excitation :

« Le mensonge est le mécanisme de l'urgence et de l'efficacité primaire ».

« Il consiste à travestir purement et simplement la vérité, en donnant sciemment de fausses informations sur la nature ou la gravité de la maladie... ».

Cette opération défensive révèle une angoisse majeure chez le soignant à l'idée de parler d'une maladie grave par exemple un cancer, il a le sentiment de précipiter l'échéance car pour lui cancer et mort sont profondément liés. Mais « différer la vérité c'est différer l'apparition d'une nécessaire angoisse ». Cette angoisse permet au patient atteint de maladie grave de mettre en jeu ses propres mécanismes le préparant à l'évolution de la maladie. L'angoisse est le pare-excitation qui permet au patient d'appréhender la maladie menaçante en lui évitant ultérieurement l'effet de « sidération ».

- La banalisation :

Par ce mécanisme, le soignant instaure une certaine distance en ne prenant pas en considération la dimension totale du patient. Le soignant s'efforce à s'occuper de la maladie plus que du malade. « Se limiter à ne jamais prendre en charge qu'une partie du sujet, c'est méconnaître tout ce qui peut être vécu au-delà de la douleur et de la plainte ».

- L'esquive :

Dans ce contexte, le soignant dévie la conversation en changeant de sujet lorsque le patient cherche à exprimer ses inquiétudes, à en savoir plus sur sa maladie. Il est « hors sujet », ne saisit pas la perche que lui tend le patient car il a conscience de la souffrance psychique mais se sent impuissant face à celle-ci. « Grâce à l'esquive qui permet d'éluder le sujet en égarant le patient sur une autre voie, le soignant crée ainsi cet indispensable décalage qui lui évite de s'exposer à l'affrontement, générateur d'un surcroît d'angoisse ».

- La fausse réassurance :

Le soignant est en décalage avec la réalité, il ne tient pas compte de l'évolution de la « maturité psychique » du patient car il cherche à se protéger d'une vérité, génératrice d'angoisse, qu'il ne peut pour le moment aborder avec le patient. Il entretient, en mettant l'accent sur le positif « une sorte d'espoir simulé et artificiel... ».

³⁰ Ruszniewski M, Face à la maladie grave, p.15-33

- La rationalisation :

Le soignant en essayant de gagner du temps se cache derrière des termes médicaux techniques, étrangers au patient qui ne favorisent pas le dialogue et accroît l'angoisse du malade qui se retrouve sidéré sans capacité de combattre le mal. « On n'apprivoise pas les maux avec des mots qui ne parlent pas ».

- L'évitement :

Le patient est considéré comme un « objet de soins », ainsi le soignant fuit le contact, la rencontre en se focalisant sur le dossier même en présence du patient en évitant ainsi toute communication possible. Cette fuite permet de ne pas aborder une vérité trop douloureuse pour le soignant.

- La dérision :

Le soignant banalise la souffrance du patient en fermant la porte à toute discussion possible. Cette fuite est souvent le signe d'une lassitude.

- La fuite en avant :

Si l'angoisse du soignant est trop lourde à porter, la souffrance trop intense, certains éprouvent l'impériosité de se décharger de ce « fardeau », elles les obligent à tout dire, tout de suite ne laissant pas au patient le cheminement et le travail psychique nécessaire à l'appréhension de la maladie.

- L'identification projective :

Face aux mécanismes précédents qui instaurent clairement une certaine distance avec le patient, l'identification projective consiste à s'attribuer la souffrance du malade pour lequel le soignant se substitue. Il se réfugie derrière des certitudes, convaincu qu'il sait ce qui est le mieux pour le patient ne laisse pas de place à la propre angoisse de celui-ci. Cette attitude motivée par le principe de bienfaisance ferme la porte aux aspirations du patient.

Au-delà de ces mécanismes de défense, ce que M. Ruzniewski nous apprend c'est que la relation soignant- soigné met en opposition le patient en tant qu'homme blessé et le soignant, sorte de magicien à la toute-puissance. Plus que ces identités qui opposent le professionnel au malade, se noue une relation entre deux personnes propres, deux intimités. « Si, dès les premiers contacts entre ces deux êtres, la relation paraît clairement définie et apparemment immuable entre l'homme-blessé, réduit à déposer son corps souffrant, et le magicien aux dons les plus insensés, c'est que chacun se croit contraint de ne révéler à l'autre que ce visage imposé, strictement défini ... »³¹.

En matière de suivi des patients alcoolodépendants, d'autres mécanismes ont été identifiés : les contres attitudes négatives qui provoquent du dégoût ou le rejet par le soignant de cette population de patients et les contres attitudes positives qui font que le soignant peut se sentir investi d'une mission quasi messianique de sauvetage, aggravant son sentiment d'impuissance³².

³¹ Ruzniewski M, face à la maladie grave, p.132

³² www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2316/20815

En tant que soignante, mes supérieurs m'ont parfois reproché mon manque de distance et de recul face à certains patients ou certaines situations au sein du service. Pourtant, nous sommes, en tant que soignants aussi des êtres avec des sentiments propres, un vécu, des expériences personnelles et professionnelles. Ces remarques ont probablement pour but d'éviter une souffrance qui pourrait être engendrée par des rencontres avant tout humaines.

IV. Synthèse

Le sentiment d'impuissance ou au contraire de toute puissance qui anime parfois les soignants est une volonté de bien faire, une volonté de prendre soin, de lutter contre les injustices de la vie, de soulager les souffrances de l'autre, parfois dans une illusion de maîtrise. Selon Daniel Sibony dans la préface du livre de Véronique Blanchet,

« Donner du confort est à prendre au sens propre : que le sujet se sente fort, alors même qu'il va faiblir, qu'il se sente entouré d'une certaine force de soutien, matérielle et symbolique »³³. Je pense que ceci est d'autant plus vrai en l'absence d'entourage familial, ce qui est le cas dans la situation de Me L. Les soignants particulièrement dans les maladies graves évolutives heurtent leur volonté de soigner à une impossibilité d'aller plus loin dans le soin tel qu'ils l'entendent. De plus, la souffrance des patients alcooliques déroutent les soignants qui se doivent d'approfondir leur connaissance sur eux-mêmes, s'ils veulent rester dans un comportement thérapeutique. Selon M. Monjauze, « un soignant n'est pas obligé d'être sans faille ou de faire semblant. Il aura d'autant mieux aidé les autres qu'il est un bon soignant pour lui-même »³⁴. On ne peut s'occuper des autres que si on se respecte et qu'on se pose des limites. En ce qui me concerne, j'ai pu identifier un autre mécanisme de défense avec lequel je compose lorsque mes limites sont approchées : la capacité à oublier ou refoulement. Un jour, une psychologue d'EMSP m'avait rassurée en m'indiquant que cette défense est un bon procédé, dorénavant, j'ai tendance à penser qu'il n'est pas très honnête.

Avec des outils, le soignant peut se confronter à un travail de deuil afin d'avancer professionnellement. Il peut s'agir de la perte de notre idéal soignant ou simplement d'un réajustement face à la réalité de notre travail.

« Le lien entre l'histoire personnelle du soignant, ses motivations à soigner et son expérience dans le soin se retrouve dans les observations qui portent sur les attitudes des soignants... dans leur souffrance au travail et leur épuisement professionnel – burnout »³⁵.

Il semble dorénavant évident qu'une introspection permettant de connaître ses failles et limites, des formations et un travail d'équipe sont des outils indispensables à une prise en charge soignante optimale.

Selon M. Ruzniewski, « c'est accepter l'angoisse comme vecteur de cette aventure d'une relation à deux, particulière, singulière et inégale aussi, dans laquelle le soignant, fort d'une prééminence sur l'autre, ressent confusément que le malade ne peut ou ne veut parfois partager ce savoir »³⁶.

³³ Blanchet V, soins palliatifs : réflexions et pratiques, p.14

³⁴ Monjauze M, comprendre et accompagner le patient alcoolique, p.23

³⁵ Reyre A, l'inquiétude des soignants en addictologie, p.147

³⁶ Ruzniewski M, face à la maladie grave, p.33

L'alliance thérapeutique, terme destiné à l'addictologie, est nécessaire et obligatoire dans la prise en charge de patients en situation palliative. Ceci ne signifie pas qu'il faille absolument être dans l'action ou le faire, mais plutôt dans l'être, en respectant le souhait du patient de parfois ne pas vouloir d'aide, de présence. Il s'agit de ne pas s'opposer aux décisions du patient et ne pas en susciter. D'autre part, au vue de la situation de Me L., je pense qu'une anticipation tout en respectant le cheminement du patient est utile. C'est-à-dire qu'il faut respecter le temps du patient souvent différent de celui des soignants. L'anticipation permet de prévoir les différentes possibilités de prise en charge et évite de nous laisser, nous les soignants, dépourvus devant des situations complexes et désarmantes. Je me devais de respecter Me L., son enveloppe physique et psychique ainsi que son projet.

Dans son mémoire d'Éthique Médicale, J.Caillard, exprime que pour prendre soin d'un patient alcoolique et refusant l'arrêt de la substance, « nous sommes dans l'obligation de reconnaître notre impuissance » et que prévaut la qualité de vie. « Cette nouvelle orientation de soins offre un terrain neutre moins conflictuel. Cette porte de sortie apaise les pressions exercées sur l'addict mais également sur la blouse blanche à l'origine de son épuisement. Les bases d'une nouvelle relation de soins sont édifiées ».³⁷

Il rejoint ici mon idée précédente en parlant « d'addictologie palliative ».

V. Conclusion

Selon ma situation de départ, j'ai pu comprendre que je n'étais pas dans le refus de la mortalité de Me L. mais que j'avais besoin de savoir si tout avait été mis en place afin d'éviter la progression de la maladie. J'aurais probablement été plus sereine et aurais prodigué un accompagnement de meilleure qualité si j'avais eu plus de connaissances sur la psychologie des patients alcoolo-dépendants et sur les mécanismes du sevrage.

Je pense aujourd'hui qu'il n'y a pas eu ce bon moment de rencontre. Le suivi en addictologie et les différentes hospitalisations n'ont pu révéler ce déclic à Me L. Ce peut être dû au manque de moyens, de connaissances, aux préjugés de l'équipe soignante et/ou à la personnalité complexe d'alcoolo-dépendante de Me L.

Certains événements auraient pu être anticipés et ainsi faciliter des démarches qui ne se sont pas faites. Cela aurait pu exister si une réflexion commune s'apparentant à des soins de support s'était créée.

Ce travail de recherche et d'introspection que j'ai pu effectuer lors de l'écriture de ce RSCA m'a permis de comprendre l'importance de l'alliance thérapeutique entre le soignant et le patient. On ne peut pas déresponsabiliser le patient alcoolo-dépendant en prenant pour lui des décisions qui ne lui sont pas propres mais nous pouvons le guider et l'accompagner en suivant son cheminement, son temps de réflexion et être là au bon moment.

J'ai également appréhendé mon sentiment d'impuissance, reflet de mon désir de maîtrise. Dorénavant et d'ores et déjà, je veille à identifier mes projections, à être plus tempérée, à écouter et informer le patient alcoolique en lui donnant les moyens d'accéder aux soins et ainsi, peut-être, éviter la progression de la maladie lors des premières hospitalisations, si et seulement si, le bon moment est au rendez-vous.

³⁷ Caillard J, vers une addictologie palliative ?, p.50

Bibliographie

Livres :

BLANCHET, Véronique. *Soins palliatifs : réflexions et pratiques*. 4^{ème} édition. Paris : Formation et Développement, 2011, 275 p.

Collège national des acteurs en soins infirmiers SFAP. *Les Droits des patients. Pratiques infirmières et réflexion éthique lors de situations palliatives*. Éditions Lamarre, 2016, 166 p.

DESCOMBEY, Jean- Paul. *L'Homme alcoolique*. France : Éditions Odile Jacob, 1998, 171 p.

GOMEZ, Henri. *Guide de l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool*. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 2011, 358 p.

LEBRUN, Jean-Pierre, l'équipe Delta. *Soins palliatifs : le dernier manteau*. France : éditions érès, 2014, p.82-84.

LE DICO DE LA PHILOSOPHIE, Milan, 1998.

LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 2005, édition juillet 2004. France : 100^{ème} Edition.

MONJAUZE, Michèle. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, 3^{ème} édition. Paris : Éditions in press, 2011, 199 p.

Référentiel de psychiatrie, psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. Addictologie. France : l'officiel ECN Presses Universitaires François Rabelais, 2015, p.417 à 429.

RUSZNIEWSKI, Martine. *Face à la maladie grave, Patients, familles, soignants*. Paris : Dunod, 2014, 204 p.

SARTRE, Jean Paul. *L'être et le néant*. Paris : Gallimard, 1943, 722 p.

Sites et articles sur internet :

ama.lu, normes de l'OMS sur www.ama.lu/alcool_oms.php (consulté le 25/01/17)

GACHE, Pascal. Prise en charge du patient alcoolo-dépendant : préjugés et contre-attitudes. www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2316/20815 (consulté le 09/01/17)

Site de l'OMS, prise en charge de l'abus de substances psychoactives. Disponible sur : www.who.int (consulté le 18/01/17)

Site de l' HAS, www.has-sante.fr (consulté le 25/01/17)

Site de la SFA société française addictologie, www.sfalcoologie.asso.fr (consulté le 25/01/17)

Site de la SFAP, www.sfap.org (consulté le 13/03/17)

Site intervenir-addictions.fr, <https://intervenir-addictions.fr> (consulté le 18/02/17)

Site du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, www.cnrtl.fr (consulté le 18/02/17)

Webphilo, définitions préférence/ choix. Disponible sur : www.webphilo.com (consulté le 18/01/07)

Thèses :

CAILLARD Johann. *Vers une addictologie palliative ?* Master 1P de philosophie pratique, spécialité éthique médicale et hospitalière. Centre de formation continue du personnel hospitalier : Université Paris-Est Marne La Vallée, 2012, 61p.

MARTINI, Hervé. Soins sous contrainte et alcool.- Loraddict. Disponible sur : www.loraddict.org > 15-jade-2014>do (consulté le 25/01/17)

REYRE, Aymeric. *L'inquiétude des soignants en addictologie : entre défiance et amour, une dynamique éthique et clinique de la relation de soin.* Thèse de doctorat, éthique du soin. Hôpital Avicenne : Université Paris- Sud, 2015, 544 p.

Annexe 1

**1 verre d'alcool
=
10 g d'alcool pur
=**



ballon de vin 12° (10 cl)	verre de pastis 45° (2,5 cl)	verre de whisky 40° (2,5 cl)	coupe de champagne 12° (10 cl)	verre d'apéritif 18° (7 cl)	1/2 de bière 5° (25 cl)
---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Annexe 2

DSM-5 évaluation de la dépendance

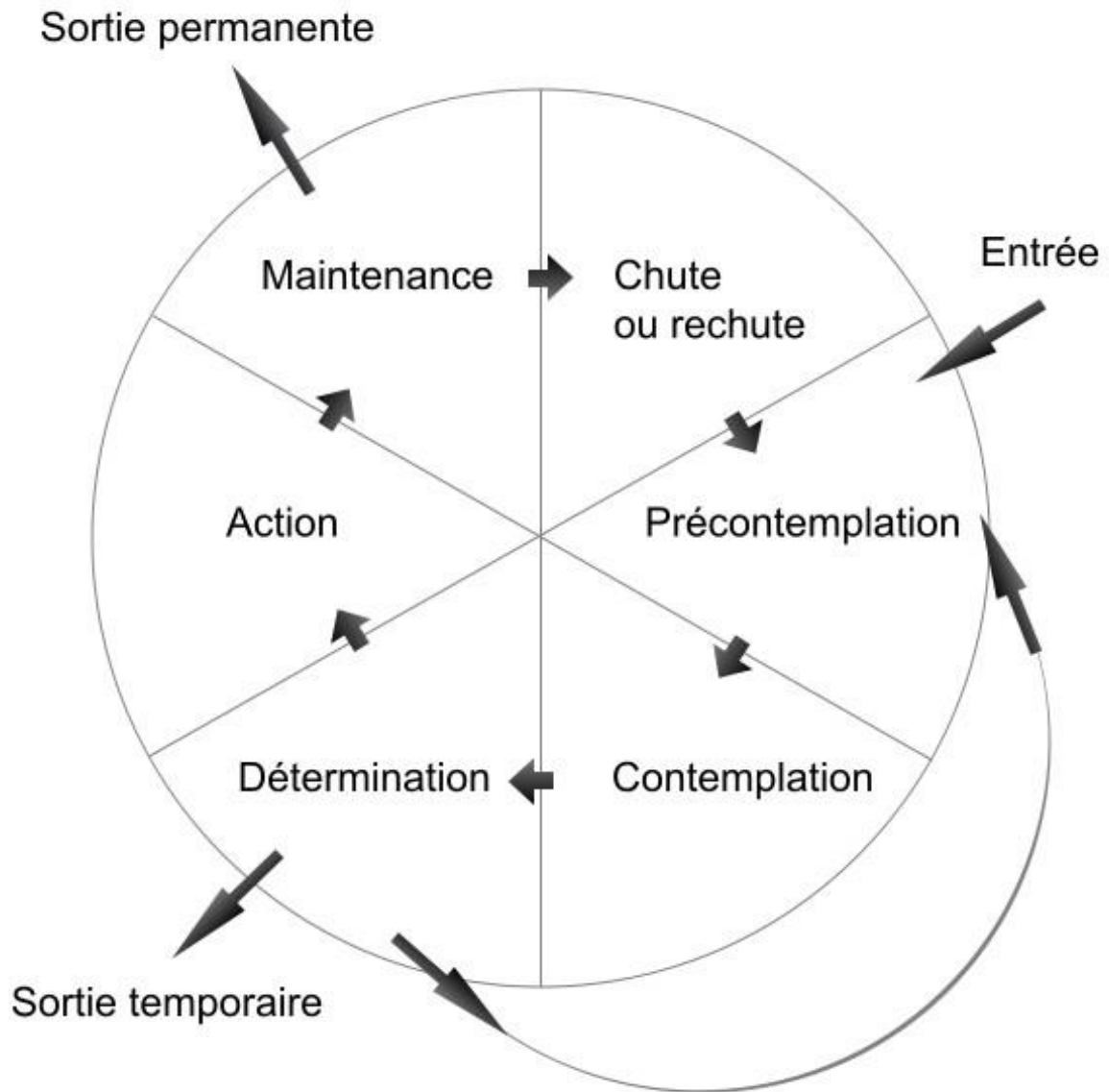
Source : *American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit
8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

- . Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
- . Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
- . Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

Annexe 3



Annexe 4

SFAP

Définition des soins palliatifs par la « loi de 1999 »

Article 1^{er} de la loi n°99-477

Livre Préliminaire

Droits de la personne malade et des usagers du système de santé

Titre 1^{er} : Droits de la personne malade :

Art. L. 1^{er} A. – Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Art. L. 1^{er} B. – Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Art. L. 1^{er} C. – La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique.

Précision du programme national de développement des soins palliatifs en 2002

Les soins palliatifs et l'accompagnement concernent les personnes de tous âges atteintes d'une maladie grave, évolutive mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Ces personnes peuvent souffrir d'un cancer, d'une maladie neurologique dégénérative, du sida ou de tout autre état pathologique lié à une insuffisance fonctionnelle décompensée (cardiaque, respiratoire, rénale) ou à une association de plusieurs maladies. Les soins prodigués visent à améliorer le confort et la qualité de vie et à soulager les symptômes : ce sont tous les traitements et soins d'accompagnement physiques, psychologiques, spirituels et sociaux envers des personnes et leur entourage.

Annexe 5

SFAP

Définition des soins palliatifs par l'OMS

(Organisation Mondiale de la Santé)

Définition de 1990

Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiales. Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille. De nombreux éléments des soins palliatifs sont également applicables au début de l'évolution de la maladie, en association avec un traitement anticancéreux.

Les soins palliatifs affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, procurent un soulagement de la douleur et des autres symptômes pénibles, intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades, offrent un système de soutien pour aider les malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil.

Définition de 2002

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicable tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

Résumé :

La situation décrite permet d'explorer la liberté du patient alcoolo-dépendant, à savoir ce qui est de l'ordre d'un choix ou d'un désir dans le rapport à la substance psychoactive, les facteurs favorisant le sevrage et aborde l'obligation aux soins dans la dépendance. Puis ce thème est relié au sentiment d'impuissance éprouvé par le soignant face à ce profil de patient, heurtant ainsi la volonté de bien faire et pouvant induire de la souffrance. Enfin, l'histoire est resituée dans son contexte de situation palliative, faisant le lien entre addictologie et soins palliatifs.

Titre :

La liberté du patient alcoolique face à l'impuissance du soignant en situation palliative

Mots clés :

Liberté-dépendance-impuissance-mécanismes de défense-situation palliative