

Institut de Formation en Soins Infirmiers
100, rue Léon Cladel
BP 765
82013 MONTAUBAN Cedex

L'alcool, ce Mal aimé

Mémoire de fin d'études

TARAYRE Marie
Promotion 2008-2012

*« Mon beau navire, ô ma mémoire
Avons-nous assez navigué
Dans une onde mauvaise à boire.
Avons-nous assez divagué
De la belle aube au triste soir »*

Extrait de « La chanson du Mal-aimé »,
Alcools, Guillaume APOLLINAIRE, 1913.

Remerciements

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide, leur accompagnement et leur soutien tout au long de ces recherches.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. L'alcool.....	4
1.1. L'historique.....	4
1.2. L'épidémiologie française	4
1.3. La Loi.....	6
1.4. Les mécanismes d'action	7
1.5. De l'usage au mésusage	7
1.6. Les répercussions sur la santé.....	9
1.6.1. Les personnes et les professions à risques.....	9
1.6.2. Les répercussions sur la santé	10
1.6.2.1. Les atteintes physiques	10
1.6.2.2. Les atteintes psychologiques	11
1.6.2.3. Et au niveau social	12
1.7. Les structures d'accueil et d'accompagnement.....	12
2. Les mécanismes de défense	14
2.1. La définition.....	14
2.2. Concernant le patient	14
2.3. Concernant l'entourage.....	15
3. Les représentations sociales et la prise en charge des malades	18
3.1. Les représentations sociales	18
3.1.1. Au niveau de la société	18
3.1.1.1. Sur l'alcool.....	18
3.1.1.2. Sur l'alcoolisme	19
3.1.1.3. Sur l'abstinence	20
3.2. Et du côté soignant	20
3.2.1. Sur l'alcoolisme	21
3.2.2. Sur l'abstinence	21
Synthèse	23
Conclusion	24

Annexes

Bibliographie

INTRODUCTION

L'alcool, ce mal aimé, est indissociable de la vie sociale et culturelle française, présent à toutes occasions de la vie sociale, que ce soit en tant que « remontant » ou à but festif. Il peut pourtant engendrer de nombreux dégâts : physiques, psychologiques, sociaux, professionnels ... L'alcoolisme est un fléau qui touche toutes les catégories de la population, de tous horizons et de tous âges. C'est pourquoi je l'ai choisi comme thème de travail de recherche.

En tant que future professionnelle infirmière, il me semble que cette pathologie prévalente n'est pas toujours suffisamment intégrée dans la prise en soins d'un patient, tant au niveau des services somatiques que psychiatriques. Alors même qu'elle engendre nombre de complications. Nous traitons l'éthylisme par le sevrage, en visant l'abstinence, cependant la rechute fait partie intégrante du soin. Mais elle n'est pas toujours perçue comme inévitable, ni par les professionnels, ni par les proches.

Pour cela, je vous présenterai d'abord l'alcool de manière générale. Ensuite, je développerai les questions des mécanismes mis en place par le patient, son entourage et les soignants. Enfin, je traiterai des représentations sociales et soignantes vis-à-vis de l'alcool et de l'éthylisme.

Je vais en premier lieu exposer la situation à l'origine de ces réflexions.

La situation interpellante

Lors d'un stage de deuxième année aux urgences psychiatriques, nous avons reçu Mr A., à sa demande, pour un entretien. Celui-ci, âgé de trente-sept ans et peintre en bâtiment, était connu pour son alcoolo-dépendance. En cinq ans, il avait suivi quatre sevrages, tous soldés plus ou moins rapidement par des échecs. Mr A. affirmait consommer trois litres de vin et quelques bières quotidiennement. Il reconnaissait de plus faire preuve de violence verbale envers sa femme lorsqu'il était ivre. Le patient semblait motivé, ne souhaitant pas reproduire ce que son père avait infligé à sa mère. Il tenait à sa femme et à son travail, il ne pouvait donc plus persister dans cette voie. En effet, cette dernière menaçait de déménager avec sa fille âgée de sept ans. Son patron quant à lui, acceptait de le garder sous réserve de soins. Mr A. nous a confié avoir honte de son comportement envers son épouse tout en avouant combler le manque de confiance en lui grâce à l'alcool. Il exprimait aussi le désir de se retrouver mais il ne se sentait pas capable d'y parvenir seul.

L'infirmier l'a interrogé sur les causes de sa dernière rechute. Lors de la première, il n'avait pas su refuser un verre pensant que cela était anodin. La seconde était liée à une dispute avec son épouse et la dernière était consécutive au décès de son frère survenu deux mois auparavant. Depuis, il avait cessé de se présenter aux consultations de suivi addictologique. Cet entretien c'est poursuivi avec le psychiatre, lequel a décidé d'hospitaliser Mr A. dans un service pour effectuer un sevrage éthylique.

Un peu plus tard, l'infirmier m'a raconté qu'il avait connu ce patient lors de sa deuxième cure et qu'il n'était pas optimiste quant à la réussite de celle-ci. Mr A. m'avait pourtant paru motivé et lucide sur les problèmes qu'engendrait l'alcool dans sa vie. L'infirmier pensait qu'il était parfois délicat d'accompagner un patient ayant essuyé plusieurs échecs de sevrage. En effet, quelque part c'est aussi la défaite de l'équipe d'accompagnement. Celle-ci éprouve davantage de difficultés lors de rechutes, leurs méthodes ayant été mises en échec.

Ce que je viens de vous narrer a été pour moi source de nombreuses questions.

Des interrogations

Cette situation qui m'est apparue intéressante, je l'ai revécue par la suite dans mon parcours. Notamment en service de psychiatrie recevant des personnes alcoolodépendantes pour sevrage.

■ *Par rapport au patient*

Mr A. présenté ici, ressemble à nombre de personnes souffrant de syndrome de dépendance à l'alcool. C'est-à-dire qu'il éprouve des difficultés dans ses vies familiale et professionnelle. Je n'ai d'ailleurs pas su s'il avait aussi des pathologies associées car il n'est resté que quelques heures au sein de l'unité.

De même, il se rend compte qu'il ne peut plus continuer ainsi, sans toutefois parvenir à maintenir une abstinence durable et stable. Il explique aussi avoir une piètre estime de lui-même et le sentiment de passer à côté de sa vie. Ce qui est quasiment toujours le cas avec les personnes éthyliques.

Je me demande dès lors comment la personne vit et ressent son addiction ?

Ensuite, lorsque Mr A. exposait ses différentes rechutes, puis au contact d'autres patients que celui-ci, je me demandais quelles pouvaient être les causes de la rechute, à plus forte raison celles de l'alcoolisme ?

■ *Par rapport au soignant*

Le regard soignant sur cette pathologie m'a interpellée. Cet infirmier, qui par ailleurs m'a enrichie d'énormément de connaissances, m'a semblé désarmé. Il n'avait pas de formation particulière en addictologie. Je me suis alors interrogée sur la prise en charge : comment se déroule l'accompagnement d'un patient pendant et après le sevrage ? Quelles sont les clés d'un sevrage et d'une abstinence solides ? D'un point de vue professionnel, en quoi la prise en soins diverge-t-elle de certaines autres pathologies psychiatriques ? Existe-t-il des freins à la relation soignant-sevré ?

La question à laquelle je tenterai de répondre sera la suivante : en quoi les mécanismes de défense, ainsi que les représentations sociales, peuvent-ils impacter la prise en charge et l'obtention d'une abstinence éthylique durable ?

1. L'ALCOOL

1.1. L'histoire

Al khôl, d'origine arabe, outre le fard pour les yeux, signifie « subtil », avec en arrière-plan le mensonge ou l'illusion.

Il est l'un des plus anciens psycho-actifs consommés. Il était en effet déjà connu aux prémices de l'humanité, lors de la découverte de la germination et de la fermentation. On en retrouve des traces dès « 6000 Av JC - Des documents de l'ancienne Babylone révèlent l'existence de la bière qui est utilisée lors de cérémonies religieuses¹ ». Utilisé un peu partout sur le globe, il est à la base de nombreux rituels religieux ou chamaniques. Au fil des millénaires, son utilisation se popularise d'abord pour les festivités dominicales en France, notamment les réunions familiales. Puis, jusqu'à nos jours où il prend une place de choix dans les fêtes !

De même, l'alcool s'est positionné de façon particulière au niveau de la médecine où il servait d'anesthésique durant les batailles napoléoniennes. Avant, Hippocrate exploite ses vertus antiseptique et antipyrétique. Il lui prête aussi une efficacité purgative et diurétique. Les grecs cependant décrivaient déjà des phénomènes de cirrhose avec ses complications. Outre ses effets sur le comportement, il est aussi symbole de virilité, de rites de passage, de force ou encore de courage. Ce qui, petit à petit, a entraîné des déboires auxquels les autorités ont dû faire face.

1.2. L'épidémiologie française

La consommation française tend à diminuer depuis les années 1960 où le Français moyen buvait en moyenne « dix-huit litres d'alcool pur par an et par habitant contre onze litres en 1999² ». La France est d'ailleurs au premier rang mondial de la consommation d'éthanol pur par an et par habitant.

Cependant, les chiffres montrent que les femmes boivent plus aujourd'hui qu'il y a quarante ans. A ce titre, les femmes sont physiquement plus vite atteintes que les hommes. Ceci est d'autant plus vrai chez les jeunes : à 17 ans, une jeune fille sur deux a déjà fait l'expérience de l'ivresse. En comparaison, seulement 32 % des femmes de 65-75 ans³ ont une consommation quotidienne non-abusive d'alcool. « *Le vin est la boisson alcoolique la*

¹ CARTAUD M. : *Comprendre l'alcool et ses effets pour mieux gérer sa consommation* (consulté le 16/04/2012). Disponible sur Internet: http://www.alcoolespace.com/infos_07.html.

² INSERM, *Alcool dommages sociaux abus et dépendance, synthèses et recommandation, expertise collective*. INSERM éditions. Paris. 2003. p.1.

³ Ibid. p.5.

plus consommée. La prise quotidienne concerne 17,5 % des 12-75 ans, 25 % d'hommes et 10 % de femmes. Elle augmente avec l'âge : 62 % des hommes de 65-75 ans⁴ ».

Pour ce qui est de la mortalité imputable à l'alcool, il faut distinguer les morts directes et les morts par pathologies compliquées (accidents vasculaires cérébraux, infarctus,...). L'alcool est la troisième cause de mortalité en France.

Environ la moitié des 40 000 décès⁵ annuels causés par l'alcool en 2003 seraient liés aux différents cancers et cirrhoses. De même cette année-là, l'alcool fût directement responsable de 2 200 morts violentes « *par accidents de la route, par accidents domestiques et professionnels, suicides et homicides⁶* ». Ceci sans compter les plus de 240 000 personnes qui sont entrées dans les centres de cure ambulatoire, ont vu leur médecin traitant pour un sevrage ou ont été hospitalisées pour troubles du comportement liés à l'alcool ou encore, étiquetées alcoolo-dépendantes.

Il me semble que ces chiffres seraient encore plus conséquents si l'on dépistait réellement tous les patients ayant des troubles somatiques découlant de la consommation abusive d'alcool.

En effet, dans les services d'hospitalisation dits généraux, l'hypertension et le diabète découlant par exemple d'une alcoolisation répétée, ne sont pas toujours associés aux conséquences du syndrome alcoolique. Ce chiffre ne comptabilise pas non plus la quantité croissante de personnes ayant un rapport problématique à l'alcool mais qui l'ignorent, soit environ cinq à six millions de personnes, dont 1,5 à 2 millions de personnes alcoolo-dépendantes⁷.

« *Les hospitalisations somatiques ou psychiatriques en France sont en général liées à une pathologie secondaire à l'alcool dans un cas sur trois⁸* », évaluation faite par l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie) en 1993. Alors qu'une autre source estime que « *dix-huit pour cent des patients hospitalisés ont un mésusage d'alcool⁹* ». De même, sur « *85 287 décès prématurés avant l'âge de 65 ans, 42 963 sont liés directement ou indirectement à l'alcool¹⁰* ».

⁴ Ibid. p.5.

⁵ INPES : *Drogues et dépendance le livre d'information*, deuxième édition. INPES éditions. Saint-Denis. 2007. p.101.

⁶ Ibid. p.101.

⁷ PETIOT S., KOTZKI S. et PERNEY P. : *Handicap moteur et addiction à l'alcool*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux. 2009. p.2.

⁸ CHABALIER H. : *Alcoolisme : le parler vrai, le parler simple*. Robert Laffont. Paris. 2005. p.67.

⁹ PETIOT S., KOTZKI S. et PERNEY P., Op.cit. : p.2.

¹⁰ Ibid. p.2.

Le coût financier des répercussions de l'alcool dans les établissements hospitaliers français doit être astronomique mais ignoré. En effet, « *le coût direct ou indirect de l'alcoolisme en France est estimé à plus de 11 milliards d'euros par an*¹¹ », l'hospitalisation proprement dite s'élevant de 1,5 à 2 milliards d'euros¹² ! Face à ce véritable problème de santé publique, les autorités sont intervenues d'un point de vue législatif.

1.3. La Loi

En France, le produit « alcool » ne devrait, selon la loi, pas être consommé ni acheté par les mineurs de moins de 18 ans. Du moins, de nos jours car jusqu'à la fin de la première guerre mondiale, on conseillait les boissons éthyliques dès le plus jeune âge. Il a fallu attendre la fin de la seconde guerre pour voir apparaître les premières traces de prévention nationale avec des mesures que nous avons longtemps eu du mal à appliquer (pas de publicité dans les stades, institution de boissons dites pilotes, moins chères, comme la limonade ou le lait,...).

Ce principe a ses limites et l'on constate que la consommation régulière (plus de 10 fois dans les trente derniers jours) des jeunes de 17 ans atteint 18 % des garçons et 6 % des filles. Ils avouent, pour 63 % des garçons et 50 % des filles, avoir déjà été ivres au cours de leur vie¹³.

Pour ce qui est de la conduite automobile alcoolisée, longtemps tolérée mais responsable d'une quantité considérable de morts (notamment sur les routes), les autorités ont successivement abaissé le seuil d'alcoolémie pour arriver à « *un taux d'alcool égal ou supérieur à 0,5 g par litre de sang, soit 0,25 mg d'alcool par litre d'air expiré*¹⁴ ». Au-delà de 0,8g/l, la sanction, outre la perte de six points sur le permis et une amende, peut aller jusqu'à l'emprisonnement et à la suspension du permis (plus de 100 000 arrestations pour conduite en état d'ivresse en 2002¹⁵).

Parmi les incarcérations liées à l'alcool, il ne faut pas négliger celles qui sont en lien avec des troubles du comportement, telles que bagarres, troubles à l'ordre public, violences conjugales ... L'exploitation des questionnaires en annexe I corrobore d'ailleurs ces idées. Malgré toutes ses répercussions, l'alcool est un produit qui a traversé les siècles.

¹¹ Ibid. p.2.

¹² Ibid. p.2.

¹³ INPES, Op.cit. : p.99.

¹⁴ SECURITE ROUTIERE (consulté le 17/04/2012). Disponible sur Internet : <http://www2.securiteroutiere.gouv.fr/ressources/conseils/l-alcool-au-volant.html>.

¹⁵ INPES, Op.cit. : p. Chiffres provenant de drogues et dépendance le livre d'information, p.102.

1.4. Les mécanismes d'action

Schématiquement, le cerveau, par le biais des neurones, transmet des messages au corps. Ces influx nerveux se transmettent d'un neurone à l'autre grâce aux neuromédiateurs comme la dopamine. Comme le montre le schéma joint en annexe¹⁶.

Cette dernière active chez l'homme le circuit dit de la récompense¹⁷, indiquant à chaque instant son état physique et psychique. « *Lorsque la quantité de dopamine augmente dans ces structures, quelle qu'en soit la raison, nous ressentons du plaisir et considérons que tout va bien, même si par ailleurs notre corps souffre ou que nous sommes déprimés...*¹⁸ ».

C'est donc bien la sensation de plaisir qui est recherchée. Le plaisir certes mais qui fait qu'à long terme, et notamment pour l'alcoolodépendant, la prise répétée modifie la façon dont son cerveau perçoit la notion de satisfaction et perturbe la recherche de cette dernière, à l'origine de la dépendance. L'alcool bloque la dégradation de la dopamine en se liant à de nombreux récepteurs, tels que ceux du glutamate ou du GABA (acide γ -aminobutyrique)¹⁹.

Lorsque le buveur s'habitue au produit, un phénomène de tolérance (« *propriété que possède l'organisme de supporter des doses d'une substance donnée sans manifester de signes d'intoxication*²⁰ »), amène une consommation augmentée pour un même effet.

Comment passe-t-on d'une consommation dite normale et donc tolérée à une absorption excessive ?

1.5. De l'usage au mésusage

Avant toute chose, il faut préciser que les divers seuils existants ne sont que des indices de repérage de consommation. Ils ne suffisent pas à diagnostiquer une alcoolodépendance. En effet, ces seuils ne prennent pas tous en compte l'âge, le niveau de santé, le sexe, le mode de consommation, etc ... J'ai donc choisi celui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) car il est l'un des plus utilisés.

D'après l'OMS, il existe plusieurs types de consommation :

- d'abord l'usage occasionnel (qui ne doit pas dépasser quatre verres par occasion) ;
- puis l'usage régulier qui correspond à vingt-et-un verres (soit dix grammes d'alcool) par semaine pour l'homme contre quatorze pour la femme.

¹⁶ Voir l'annexe II.

¹⁷ Voir l'annexe II.

¹⁸ INPES, Op.cit. : pp.16-17.

¹⁹ Ibid. p.21.

²⁰ LAROUSSE EN LIGNE, définition : tolérance (Consulté le 03/07/2012). Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tol%C3%A9rance/78312>.

Mais l'OMS recommande en parallèle de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute prise. Certains précisent qu'il ne faut pas que cette abstention soit forcée ni entraîne un manque ou des difficultés. « *Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis entre, d'une part un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement, et d'autre part la place de l'alcool dans la société et les effets de sa consommation modérée*²¹ ».

En ce qui concerne le mésusage de l'alcool, il s'agit de « *l'usage abusif ou détourné*²² ». Il faut distinguer :

- l'usage dit à risque, c'est-à-dire supérieur au seuil de l'OMS, sans dommage (médical, social ou physique) ;
- l'usage nocif, sans dépendance mais avec présence d'au moins un dommage (physique, social ou médical) ;
- et enfin l'usage avec dépendance, c'est-à-dire « *la perte de la maîtrise de la consommation*²³ ».

La dépendance est une notion qui est aussi définie comme « *l'assujettissement à une drogue, à une substance toxicomanogène*²⁴ ». Ainsi, l'alcoolisme est-il décrit par Magnus Huss en 1848 (médecin suédois). Il désigne « *l'ensemble des troubles engendrés par l'abus d'éthanol*²⁵ ». Alors que pour le docteur Fouquet en 1966, c'est la « *perte de liberté envers l'alcool*²⁶ ». Après 1970, sont joints les troubles du comportement, les manifestations organiques et complications médico-psycho-sociales, dans la définition de l'alcoolisme. L'alcoolisme apparaît sous plusieurs formes : mondain, festif, le week-end uniquement...

Ce n'est que plus tard que les termes de dépendance physique (présence de signes de sevrage), psychologique (forte appétence à la prise d'alcool sans signe physique à l'arrêt), et les alcoolopathies seront développés. De nos jours, on utilise plus volontiers le terme de syndrome de dépendance alcoolique. Cette notion englobe l'ensemble des symptômes et conséquences liés à l'éthanol.

²¹ SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE (consulté le 17/04/2012). Disponible sur Internet: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf.

²² LAROUSSE EN LIGNE, Définition : mésusage (consulté le 01/05/2012). Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9susage/50800>.

²³ FLEURY B. : *Les conduites d'alcoolisation : du repérage précoce au réseau de prise en charge*. John Libbey Eurotext. Montrouge. 2003. p.6.

²⁴ LAROUSSE EN LIGNE, Définition : dépendance (consulté le 03/05/2012). Disponible sur Internet: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pendance/23742>.

²⁵ CASAMETTA D. et VELEAE D. : *Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles de la conduite alimentaire, toxicomaniaques et alcooliques*. Ellipses. Paris. 2000. p. 148.

²⁶ Ibid p. 148.

Dès lors, quelles sont les conséquences de l'alcool au long cours dans l'organisme ?

1.6. Les répercussions sur la santé

1.6.1. Les personnes et les professions à risques

Plusieurs facteurs peuvent favoriser l'alcoolodépendance. En effet, les antécédents familiaux ne sont pas à exclure. Des études montrent qu'un enfant issu d'une famille ayant des problèmes éthyliques présente plus de risque d'être à son tour alcoolodépendant. Ainsi, « *les enfants issus de familles alcooliques, adoptés par des familles abstinentes deviennent plus facilement alcooliques à l'âge adulte*²⁷ ». Ce n'est donc pas uniquement lié à la répétition de ce qu'ils auraient vécu. La science, notamment la génétique, a encore beaucoup à nous apprendre ...

De même, le contexte socioculturel intervient pour une large part. Chaque pays a son propre mode de fonctionnement vis-à-vis de l'alcool. Ce dernier « *remplit un rôle de ligand, facilitant la communication et l'acceptation d'une réalité*²⁸ » particulièrement dans un contexte économique instable. Bien sûr, il existe plusieurs modes de consommation, celui qui boit seul en vue de mettre à distance sa souffrance, celui qui fait la fête où l'éthanol représente le moteur du groupe par exemple.

Par ailleurs, l'alcoolisme est davantage présent dans certaines professions comme les commerciaux ou les artisans (maçons, plombiers)²⁹.

Mais il faut de plus tenir compte des données psychologiques. Certains auteurs parlent de personnalité pré-alcoolique appuyée par une tendance à la dépression et à la dépendance. « *Ces personnes présentent une diminution de leur capacité de prise d'initiative, une faible autonomie, un manque de confiance en soi*³⁰ ». L'alcool apparaît alors souvent comme la solution miracle à tous les maux. Les patients ayant un terrain dépressif ou anxieux peuvent quant à eux utiliser l'alcool pour ses propriétés antidépressive et euphorisante. Cette automédication présente des limites puisque après une amélioration temporaire des symptômes, ces derniers s'aggravent considérablement du fait d'une forte dépréciation de soi.

²⁷ Ibid. p.151.

²⁸ Ibid. p.152.

²⁹ Voir l'annexe I.

³⁰ CASAMETTA D. et VELEAE D. Op.cit., p.152.

C'est alors que peut apparaître l'état de dépendance, c'est-à-dire « *l'assujettissement à une drogue, à une substance toxicomanogène*³¹ ». En effet, c'est l'état qui résulte de « *l'absorption prolongée de stupéfiants, obligeant le sujet à continuer à les consommer pour éviter le syndrome de manque*³² » (ceci concerne de la même manière certains médicaments, le tabac, le jeu ...). Il doit par ailleurs augmenter les doses afin d'obtenir les mêmes effets : c'est le phénomène de tolérance. On peut dire qu'il y a toujours une perte de contrôle de la consommation associée. Seulement, la consommation récurrente d'alcool à long terme entraîne des répercussions tant au niveau physique que psychologique.

1.6.2. Les répercussions sur la santé

1.6.2.1. Les atteintes physiques

Les atteintes physiques liées à l'alcool sont nombreuses, diverses et variées. Les patients ne sont pas tous égaux face à ces alcoolopathies.

D'abord au niveau nerveux, on constate l'apparition d'une polynévrite, d'un syndrome de Korsakoff, d'une démence alcoolique ou encore d'une crise comitiale (surtout lors du sevrage). Parfois le redoutable delirium tremens, bien que rare, peut néanmoins avoir des conséquences dramatiques.

Ensuite, au niveau hépatique : stéatose, hépatite voire cirrhose (avec production d'ascite) sont les pathologies évolutives liées à la consommation éthylique. Au niveau pancréatique, cela peut avoir des conséquences telles que la pancréatite qui peut engendrer des problèmes glycémiques et donc un diabète, avec ses propres complications.

De même, au niveau tube digestif, l'alcool engendre de nombreux processus néoplasiques. Le risque est d'autant plus grand lorsque le tabac s'ajoute à la prise d'alcool.

Enfin, une consommation régulière et modérée d'alcool est bénéfique pour le système cardio-vasculaire mais l'abus prolongé favorise « *la mortalité par myocardopathie, trouble du rythme, hypertension artérielle et accidents vasculaires cérébraux*³³ ».

Il y a aussi la dépendance physique, qui est l'état dans lequel l'organisme se trouve à la suspension de consommation du produit.

Ces pathologies sont le plus souvent découvertes et prises en charge sans accompagnement addictologique, à l'inverse du tabac. Il existe également des détériorations physiques

³¹ LAROUSSE EN LIGNE, Définition : dépendance (consulté le 18/04/2012). Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pendance/23742>.

³² QUEVAUVILLIERS J. : *Dictionnaire médical de poche*, deuxième édition. Masson. Issy-les-Moulineaux. 2007. p.148.

³³ CASAMETTA D. et VELEAE D., Op.cit. pp.155-158.

visibles telles les érythèmes faciaux, le développement de la sangle abdominale, la dénutrition,... Les désordres psychologiques peuvent être sérieux également.

1.6.2.2. *Les atteintes psychologiques*

La dépendance psychique se « *caractérise par un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique nécessitant l'administration répétée d'une substance donnée pour éviter un malaise*³⁴ ». Mais lors de l'usage de drogues ou d'alcool, une pathologie psychiatrique peut s'ajouter. Posant ainsi le diagnostic de maladie duale c'est-à-dire « *qui comporte une interaction, une réciprocité entre deux choses*³⁵ ». Ou encore, l'existence de comorbidités entre alcool et maladie mentale. Dans les psychoses par exemple, les psychotropes type cannabis sont davantage utilisés que l'alcool.

L'anxiété, comprenant les troubles obsessionnels compulsifs, les attaques de panique et les phobies, ainsi que la dépression (qu'elle soit secondaire ou préexistante à l'alcoolisation) favorise l'accession au produit éthylique. En tant que soignant, il sera important de repérer une dépression sous-jacente afin de faire verbaliser le patient en vue de savoir si elle était préexistante à l'alcoolisation. Dans ce cas, il ne faudra pas attendre pour la traiter. Les troubles dépressifs peuvent donc représenter un premier frein à une abstinence durable. En effet, ne se sentant pas mieux sans le produit, la personne ne trouvera pas de réels bénéfices à l'arrêt de la consommation et reprendra facilement un verre pour aller mieux.

Il en va de même pour les troubles du sommeil qui sont des facteurs associés et favorisant l'éthylisme. C'est pourquoi, comme me l'expliquait l'infirmier que j'ai rencontré en entretien, « *les premières soixante-douze heures sont un temps de repos*³⁶ ». Repos provoqué par des thérapeutiques, bénéfique à la prise en charge notamment car l'investissement au sevrage après un temps de répit est ainsi souvent meilleur.

Il est capital de déceler les conséquences de l'alcool en tant que soignant : conséquences directes sur le comportement, l'implication dans la vie (sociale, professionnelle ou familiale³⁷), la perception et l'estime de soi (ce qui était le cas du patient de ma situation interpellante). En effet, un patient fatigué, anxieux ou dépressif risque d'être plus agressif, moins investi et donc moins coopératif et acteur des soins.

Enfin, les patients alcoolo-dépendants doivent lutter par moment contre le craving, c'est-à-dire l'envie irréprouvable voire le besoin de consommer qui ne dure la plus part du temps

³⁴ QUEVAUVILLIERS J., Op.cit. p.148.

³⁵ LAROUSSE EN LIGNE, Définition : duale (consulté le 14/05/2012). Disponible sur Internet : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dual_duale_duaux/26910.

³⁶ Extrait de l'entretien n° 1 avec un infirmier en service d'admission psychiatrique du 04/05/2012.

³⁷ Enquête patients en Annexe I.

que quelques minutes mais qui peut être intense et difficile à gérer. En effet, « *il reflète les besoins du corps et de ce fait, repose sur une base biologique bien qu'il soit déclenché également par des signaux environnementaux*³⁸ ». Il est très important que les patients connaissent et puissent s'armer contre ce phénomène, par exemple grâce à l'éducation thérapeutique découlant du rôle infirmier.

1.6.2.3. Et au niveau social

La solitude est souvent présente autour de la pathologie éthylique, celle-ci pouvant être liée à la perte d'un emploi et donc au chômage entraînant une grande précarité. Certains sont aussi en situation de surendettement.

Ces échecs professionnels et économiques poussent les personnes à s'isoler, par honte, par non acceptation ou autre. Certains ont alors plus de facilité à se réfugier dans une addiction. C'est pourquoi il nous faut être vigilants et savoir proposer l'intervention d'une assistance sociale afin d'aider ces patients à retrouver un certain équilibre social.

La prépondérance de la pathologie alcoolique nous oblige à nous intéresser aux solutions qui peuvent être mises en œuvre.

1.7. Les structures d'accueil et d'accompagnement

Je n'aborderai là que les services de psychiatrie spécialisés dans la prise en soins du patient alcoolique, même si en tant que soignant, nous sommes souvent amenés à prendre en charge le syndrome de dépendance à l'alcool dans quasiment tous les services, tant il a des répercussions physiques et sociales.

Il existe deux types de structures : les centres de sevrage et les associations.

Nous manquons cruellement en France de services spécialisés, c'est la raison pour laquelle la plupart des personnes éthyliques sont contraintes d'effectuer leur sevrage au sein d'un service de psychiatrie normale. Donc au milieu de patients atteints de diverses pathologies psychiatriques « *c'est assez délicat pour un alcoolique de se retrouver avec un schizophrène*³⁹ ». Outre les services de prise en charge des sevrages plus ou moins longs (de deux à quatre semaines), il existe tout de même des structures spécialisées.

C'est le cas des centres de post-cure avec les soins de suite. Les patients y amorcent un retour à la vie sans produit et sans thérapeutiques médicamenteuses, mais avec une prise en charge comportementale telle que la reprise d'une activité (manuelle, artistique, investissement associatif). Les services de suivi addictologique apparaissent de plus en

³⁸ NEVID J. : *psychopathologies*, septième édition. Pearson Education France. Paris. 2007. p. 198.

³⁹ Extrait de l'entretien n° 1 avec un infirmier en service d'admission psychiatrique du 04/05/2012.

plus mais demeurent insuffisants pour gérer le nombre croissant de demandes. Actuellement et dans certains cas, une personne ayant besoin d'aide peut attendre trois mois avant une première consultation spécialisée. Parfois, ce délai excessif la décourage.

L'ANPAA, quant à elle, est une association dont l'objectif est de prévenir et soigner les diverses addictions (alcool, tabac, cannabis, héroïne, jeux). Elle propose des consultations et des accompagnements. Elle mène aussi des actions de prévention, notamment en cas de retrait du permis de conduire.

Un vaste réseau associatif existe aussi et propose des groupes d'entraide et de parole aux alcoolo-dépendants, ainsi que des activités (créatives, vocales ...). Ces associations ont chacune des philosophies propres : « Alcool Assistance », « Les Alcooliques Anonymes », « La Croix Bleue ».

Je vous ai donc présenté succinctement l'alcool au sein de notre société, les dommages qu'il cause et les moyens que nous avons à disposition pour prendre en charge le patient de façon holistique. Je vais tenter à présent de comprendre quels mécanismes psychologiques entrent en jeu dans la pathologie alcoolique et pourquoi ils peuvent être un frein à la prise en soins.

2. LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

2.1. La définition

Un mécanisme de défense est un processus élaboré par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure, et permettant de lutter contre l'angoisse. Il en existe plusieurs. Ces mécanismes psychiques préservent le Moi et le protègent aussi des exigences pulsionnelles du Ça. Mais ce dont le Moi se protège en priorité, c'est de l'angoisse⁴⁰

Les mécanismes de défense sont souvent d'ordre inconscient. Le premier à les développer, c'est Sigmund FREUD, en 1936, dans « *Le moi et les mécanismes de défense* ». Selon lui, le Ça correspond aux pulsions, il échappe à la volonté et est inconscient, à l'inverse du *Moi*. Il modère et influe sur notre psychisme. Tandis que de son côté, le *Surmoi* est un agent critique qui intériorise les interdits. Le *Moi*, quant à lui, fonctionne comme une instance de défense dans l'intérêt du sujet, pour correspondre à l'idée qu'on se fait de son bien-être de façon plus ou moins consciente. « *Il gère les conflits avec les pulsions, la conscience morale et avec le monde extérieur, auxquels tout homme sain est confronté⁴¹* », c'est-à-dire, les conflits entre le Ça et le *Surmoi*. Quels sont les mécanismes de défense chez les alcoolo-dépendants ?

2.2. Concernant le patient

Ces derniers passent par plusieurs phases. D'abord, ils ne s'interrogent pas sur leur consommation, ensuite ils peuvent prendre conscience du problème à cause des remarques de l'entourage. Puis, ils se demandent s'ils ne devraient pas ralentir ... Chose qu'ils essayent parfois mais l'envie de consommer est plus forte. Ce phénomène est expliqué en annexe III, dans un schéma extrait du livret d'outils de travail thérapeutique donné aux patients dans un service de post-cure.

En effet, la notion de déni est extrêmement liée à l'addiction en général et au syndrome alcoolique particulièrement. Le déni ou le « *refus inconscient de reconnaître une réalité extérieure traumatisante⁴²* » est une forme de mécanisme de défense que l'inconscient met

⁴⁰ GIFFARD D., *Cours d'infirmier en secteur psychiatrique* (consulté le 18/04/2012). Disponible sur Internet : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/mecanisme-defense.htm>.

⁴¹ MOUHOT F. : *Le moi et l'esprit: Voyage au cœur de la psychothérapie*. Médiaspaul, Paris. 2008. p.69.

⁴² LAROUSSE EN LIGNE, définition : déni (consulté le 18/04/2012). Disponible sur Internet: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/d%C3%A9ni/12429>.

en place pour s'éviter de réfléchir, « *une économie psychique*⁴³ » qui facilite le vécu d'une situation. C'est ce point que les soignants ont parfois du mal à appréhender.

De plus, la notion de clivage m'a été donnée par le psychiatre vu en entretien. Ce clivage correspond à « *la coexistence simultanée de deux systèmes de représentation totalement opposés*⁴⁴ ». Ou encore, la « *coexistence, au sein du moi, de deux jugements contradictoires relativement à la réalité extérieure*⁴⁵ ». Habituellement utilisé dans les pathologies psychotiques, ce terme signifie que « *la perception réelle de la maladie même quand elle est là, n'est pas assimilée*⁴⁶ ». Existe-t-il des mécanismes de défenses au niveau de l'environnement du patient ?

2.3. Concernant l'entourage

Au fil de mes recherches, j'ai découvert une notion que j'ignorais : la codépendance. « *Les proches (partenaire, enfants, etc ...) deviennent progressivement dépendants de la personne dépendante de l'alcool. L'alcool devient un membre de la famille. S'installent alors Insécurité, Incertitude, Culpabilité, Perte de confiance en soi, Impossibilité d'agir*⁴⁷ ».

Les proches se mettent à pallier les effets négatifs de l'alcool qui apparaissent chez le malade, en quelque sorte ils compensent les troubles jusqu'au jour où ce n'est plus possible. Ce sont des « *personnes qui vont tout faire pour essayer d'aider le malade à se sortir de sa maladie sans tenir compte de leurs limites ni de leurs (in)compétences*⁴⁸ ».

Ils culpabilisent de ne pas réussir à faire arrêter le proche, d'être impuissants. C'est à ce moment là, souvent tard, qu'ils font appels à une aide extérieure (professionnelle ou pas). Dans un témoignage, une mère de famille ne sachant plus que faire dit : « *je ne dors plus, je ne mange plus, maintenant je prends des cachets pour me tenir, je ne vois plus personne...*⁴⁹ ». Ce qui montre bien à quel point l'alcool fait des ravages et pas uniquement sur la personne qui est dépendante, mais aussi sur l'entourage.

⁴³ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁴⁴ SOINS INFIRMIERS, *les états limites* (consulté le 18/04/2012). Disponible sur Internet : http://www.soins-infirmiers.com/etats_limites.php.

⁴⁵ LAROUSSE EN LIGNE, définition : clivage (consulté le 14/05/2012). Disponible sur Internet: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/clivage/16600/locution#178173>.

⁴⁶ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁴⁷ CARTAUD M., Op.cit. (Consulté le 03/05/2012). Disponible sur Internet : http://www.alcoolespace.com/jeunes_08.html.

⁴⁸ CHABALIER H. : *Alcoolisme : le parler vrai, le parler simple*. Robert Laffont. Paris. 2005. p.73.

⁴⁹ Ibid. p.74.

Un sentiment de honte se dégage le plus souvent de ces proches (« *personne ne soupçonne ce que je vis*⁵⁰ »), de culpabilité ; une jeune fille pense que sa mère boit à cause d'elle⁵¹. C'est pourtant en arrêtant de tout accepter que ces proches sont les plus aidants. Hors, c'est en donnant sa place à un traitement adéquat qu'une rémission sera possible : « *ils peuvent devenir vecteurs de changements*⁵² ».

Cette vision est cependant nuancée par le psychiatre que j'ai rencontré. Il pense que ces personnes trouvent un gain positif à cette aide, des bénéfices secondaires amenés par les autres.

D'autant dans un couple où par exemple, le mari sera plutôt dominateur et autoritaire. Ses facultés s'amenuisant, sa femme prendra une place presque héroïque pour arriver à le supporter, aux yeux des autres. « *Elle a du courage avec tout ce qu'elle endure [...] la société va la survaloriser*⁵³ ».

D'après lui, il existe aussi un second modèle. En prenant l'exemple de la femme ayant eu une enfance carencée qui infantilise la situation en profitant de la déchéance de son mari. Elle va alors reproduire la relation mère-enfant qu'elle n'a pas eu, en s'en plaignant mais en continuant tout de même. La phrase typique est « *tu es comme un gosse, il faut que je te surveille*⁵⁴ ». Les mêmes qui ne croiront pas en une amélioration des symptômes et qui renverront des messages paradoxaux, qui inciteront au danger (anniversaires, soirées ...) mais qui ramèneront le patient dès que ça n'ira plus.

Ces situations peuvent durer des années. Bien sûr les proches n'en n'ont pas conscience. Bien entendu, en tant que soignant, il est primordial d'arriver à déceler ce type d'environnement pour proposer un accompagnement adapté. Inclure la famille aux soins peut se révéler fructueux.

Par ailleurs, les familles ont aussi besoin d'être informées par rapport au syndrome de dépendance à l'alcool. En effet, elles doivent connaître la chronicité de cette pathologie et ce que cela implique. C'est-à-dire qu'il existe des hauts et des bas, que la rechute fait partie intégrante de l'éthylisme. Pour éviter que la rechute soit vécue comme une trahison et engendre des conséquences terribles (divorce, absence de droit de garde), il faut surtout minimiser les espoirs et recentrer sur la rémission et non pas sur la guérison. Le psychiatre

⁵⁰ Ibid. p.76.

⁵¹ Ibid. p.78.

⁵² CHABALIER H., Op.cit. p.81.

⁵³ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁵⁴ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

m'a d'ailleurs dit une chose qui m'a frappée en parlant de la rechute : « *ce serait une faute professionnelle de ne pas l'aborder avec le patient et sa famille*⁵⁵ ».

Pour accompagner les familles, il faut aussi être capable de déceler des risques de violence conjugale, de souffrance familiale. Savoir, par exemple repérer un enfant qui endosserait des responsabilités qui ne seraient pas de son âge (s'occuper des impôts ...), englué dans un rôle d'inversion, « *l'enfant parent de ses parents [...] devient celui qui donne au lieu d'être celui dont on s'occupe*⁵⁶ » pour lequel il faudra trouver une solution. D'ailleurs, cette situation a souvent un effet bénéfique sur le patient, d'après le psychiatre rencontré. Il faut aussi repérer les familles épuisées qui sont une source de stress pour le patient et à qui il est bon de pouvoir offrir un séjour de rupture.

Par rapport à l'abstinence, l'environnement du patient joue un rôle crucial que les proches ne saisissent pas toujours. Il ne sert à rien de le culpabiliser, de lui montrer qu'il est surveillé. Tous ces comportements sont explicités par le Docteur FOUQUET qui a pris le temps d'écrire une lettre type à tous les proches de personnes atteintes d'addiction. Il m'a d'ailleurs paru utile de la joindre en annexe car elle est longue et je ne peux ici bien l'analyser⁵⁷.

A ce stade, on peut comprendre que les mécanismes de défense en lien avec l'éthylisme ont un impact sur le comportement de chaque individu, d'une portée tellement étendue qu'ils touchent aussi nos représentations sociales. C'est pourquoi nous tenterons maintenant de comprendre en quoi les représentations sociales influencent la prise en soins du patient atteint de syndrome de dépendance à l'éthanol ?

⁵⁵ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁵⁶ ALLAIS J. : *La psycho-généalogie : comment guérir de sa famille ?* Eyrolles. Paris. 2007. p.83.

⁵⁷ Voir annexe IV.

3. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET LA PRISE EN CHARGE DES MALADES

3.1. Les représentations sociales

J'entends par représentation, l'idée que nous nous faisons des choses, c'est-à-dire une « *perception, une image mentale, dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, du monde dans lequel vit le sujet*⁵⁸ ».

Le concept de représentations sociales, quant à lui, est développé par plusieurs auteurs dont DI GIACOMO en 1981. Selon lui, « *elles constituent des modèles explicatifs catégorisant des relations entre divers objets de l'environnement*⁵⁹ ». Auparavant, Monsieur MOSCOVICI, en 1961, dit qu'elles sont « *un instrument propre à catégoriser les personnes et les comportements*⁶⁰ ».

En clair, elles sont « *à la fois, un au-delà de la perception, une structure d'opinions, une superattitude, un imaginaire collectif balbutié individuellement, un schéma de la pensée, la raison d'une théorie implicite et le reflet d'une idéologie.*⁶¹ »

Pour ce travail, je m'intéresse donc aux a priori existants en rapport avec l'alcool, l'alcoolisme et l'abstinence ?

3.1.1. Au niveau de la société

3.1.1.1. Sur l'alcool

Je ne parlerai ici que de la place de l'alcool au sein de la société française. Nous avons vu qu'il était vecteur de convivialité, de virilité, qu'il servait également de régulateur social. Je me souviens d'ailleurs de réflexions de patients : « *il y en a même à la télé, pas un film sans qu'ils aient un verre à la main ! [...] Même à l'église on sort l'alcool*⁶² ».

Il peut aussi représenter un rite initiatique tel que le verre de vin à la communion solennelle ou lors du service militaire. Comme nous le montre ce témoignage : « *mon grand-père m'a récompensé d'une coupe de champagne pour fêter ma communion solennelle*⁶³ ».

⁵⁸LAROUSSE EN LIGNE, Définition : représentation (consulté le 02/05/2012). Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation>.

⁵⁹ LEYENS J-P. : *Sommes-nous tous psychologues ? approche psychosociales des théories implicites de la personnalité*. Mardaga. Sprimont (Belgique). 2006. p.19.

⁶⁰ Ibid. p.19.

⁶¹ Ibid. p.19.

⁶² Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁶³ CHABALIER H. Op.cit. p.47.

L'alcool en tant que tel est donc bien accepté socialement, que ce soit dans le réseau familial, amical voire professionnel (exemple des commerciaux qui signent des contrats autour de repas bien arrosés).

Sa consommation est banalisée, surtout en France pays viticole par excellence, « *la gastronomie des plats est intimement liée à la finesse des vins*⁶⁴ ».

Et puis l'humain a cette particularité, « *une fragilité à chercher une addiction pour calmer ses angoisses, ses pulsions naturelles [...] dans toute société, il y a une drogue qui sert de lien collectif*⁶⁵ ».

Cependant, certains, plus que d'autres, souffrent d'addiction.

3.1.1.2. *Sur l'alcoolisme*

Pour ce qui est de l'alcoolisme, c'est « *la consommation compulsive et irrésistible de quantités de boissons alcoolisées qui peu à peu deviennent considérables et ce en dépit des conséquences dramatiques, connues de la personne, pour elle-même et son entourage*⁶⁶ ».

Au cours du questionnaire en annexe, et dans un souci d'exemple, nous aborderons le paragraphe suivant (ce passage doit être considéré comme la synthèse d'un langage familier) :

L'alcoolique ne fait pas d'effort, il est incapable de se gérer... Petit à petit, nous le mettons donc à l'écart, mais pas trop. Car il a cette fonction : permettre aux autres buveurs de se rassurer, de se dire « *je n'en suis pas là* », « *quand j'en serai là je m'arrêterai* ». Ce sont, par ailleurs des propos recueillis au cours de discussions informelles en post-cure, avec des patients qui se rappelaient la façon dont ils niaient leur dépendance.

De même, si excessive qu'elle soit, la consommation est souvent minimisée, voire même glorifiée : « *il a une sacrée descente, il boit sec, il tient bien l'alcool ...* »⁶⁷.

Pour certains l'éthylisme peut représenter la violence, l'irresponsabilité voire la folie.

Pour d'autres, le problème de l'alcool touche tous les milieux socioculturels, un peu plus d'hommes que de femmes, jeunes et moins jeunes et toutes catégories professionnelles confondues. Certaines personnes n'ont pas réellement conscience de leur consommation, comme me l'a expliqué le psychiatre que j'ai rencontré : « *chaque verre bu est déjà oublié,*

⁶⁴ Ibid. pp.48-49.

⁶⁵ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁶⁶ CHABALIER H. Op.cit. p.33.

⁶⁷ Ibid. p.46.

*chaque verre est un nouveau*⁶⁸ », sitôt un verre consommé, il n'existe plus, le suivant est toujours le premier ...

La consommation d'alcool est bien vue dans la société, elle se conceptualise sur l'idée du « *bien boire*⁶⁹ ».

Tous ces stéréotypes proviennent sûrement et en partie d'une méconnaissance de la pathologie alcoolique qui reste une maladie chronique avec ses hauts et ses bas.

3.1.1.3. Sur l'abstinence

Cependant, il faut noter que l'abstinence est mal perçue, surtout au niveau masculin. En effet, les personnes abstinentes à l'alcool se heurtent à deux schémas. Soit elles ne boivent pas car elles sont intolérantes à l'alcool ou ne l'aiment pas. Soit elles ont rencontré un problème éthylique.

Dans le premier cas, elles peuvent être mises à l'écart des festivités sous prétexte de faire office de trouble fête, de renvoyer une « *image de peine-à-jour aigri ou rabat-joie, d'handicapés sociaux*⁷⁰ ».

Ces personnes abstinentes peuvent aussi bien être étiquetées comme ayant un problème avec l'alcool : « *A qui demande-t-on pourquoi il prend un verre de vin ou un apéro et non un jus de fruit ?*⁷¹ ».

Mais en France particulièrement, les us et coutumes veulent que la convivialité soit synonyme d'alcool. « *Un hôte qui ne vous propose jamais autre chose que des boissons alcoolisées de l'apéro au digestif*⁷² » ne se rend pas forcément compte de la pression qu'il fait subir à son convive.

Après l'évocation de quelques exemples, il est possible de percevoir un lien entre environnement social et rechutes.

3.2. Et du côté soignant

Au niveau soignant, l'alcool représente, je pense et à peu de choses près, les mêmes stéréotypes que pour le reste de la population générale. Mais l'alcoolisme et l'abstinence, eux, renvoient peut-être le soignant à d'autres choses.

⁶⁸ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁶⁹ GAUSSOT L., *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*, (consulté le 12/05/2012). Disponible sur Internet : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1998_num_16_1_1416.

⁷⁰ CHABALIER H., Op.cit. p.49.

⁷¹ Ibid. p.48.

⁷² Ibid. p.48.

3.2.1. Sur l'alcoolisme

Lors de l'entretien avec l'infirmier psychiatrique, je lui ai demandé de me citer deux mots par thème. Pour l'alcool, il m'a parlé de souffrance. L'alcoolisme quant à lui, renvoie plus à la notion de violence.

Je ne peux que constater que les soignants, qui font eux aussi partie de la société, peuvent aussi méconnaître cette pathologie. C'est pourquoi, pour quelques uns, plusieurs sentiments peuvent apparaître. Je précise que dans ma situation, je parle des soignants non-spécialisés. J'entends par là ceux qui ne travaillent pas en service d'addictologie ou de cure et n'ont pas bénéficié de formation particulière.

3.2.2. Sur l'abstinence

Durant l'entretien avec le psychiatre d'un service d'urgences psychiatriques dont je cite ici des extraits, nous avons abordé la partie soignante dans le syndrome de dépendance à l'alcool, notamment l'approche professionnelle de l'abstinence, et donc sous-entendu de l'alcoolisme.

Comme je m'y attendais, il m'a parlé de burn-out professionnel. Qui est le « *syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une asthénie physique et psychologique, générée par un sentiment d'impuissance et de désespoir.*⁷³ ». Littéralement, cela signifie « *échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources*⁷⁴ ». C'est donc un stress lié au travail, « *surtout lorsque celui-ci nécessite un engagement relationnel*⁷⁵ ». Ce phénomène peut être attaché à la prise en charge parfois difficile de l'alcoolique qui va humilier le soignant, par exemple. Sans formation adaptée, ni le recul nécessaire, il est parfois difficile de se dire que « *c'est ma blouse blanche qu'il insulte mais pas moi, l'homme qui est derrière*⁷⁶ ».

De plus, la perception du déni, existant dans la pathologie alcoolique, est parfois difficile pour le soignant « *qui sait que ce n'est pas le bon moment pour une réelle prise en charge durable*⁷⁷ », alors qu'il va falloir qu'il remplisse un dossier patient pour deux ou trois jours, comme la fois précédente...C'est un peu la même chose que pour des patients suicidaires, le sentiment qu'ils le font exprès n'est jamais trop loin. Ce sentiment ne semble pas présent dans la prise en charge du patient dépressif ou bipolaire. Aux yeux du patient, les soignants sont là pour lui montrer « *qu'il n'assure pas en ce moment, qu'il est*

⁷³ LAROUSSE EN LIGNE, Définition : burn-out (consulté le 02/05/2012). Disponible sur Internet: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/burn%20out>.

⁷⁴ GALAM E. : *L'erreur médicale, le burn-out et le soignant*. Springer. Paris. 2012. p.76.

⁷⁵ Ibid, p.76.

⁷⁶ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁷⁷ GALAM E., Op.cit. p.76.

*vulnérable*⁷⁸ ». C'est justement cela qui peut être difficile à percevoir en tant que professionnel, c'est-à-dire parvenir à faire le distinguo entre une agressivité dirigée vers les soignants, et celle dirigée par le patient contre lui-même.

De même, nous avons aussi abordé le sentiment de non-respect de l'autorité naturelle de la blouse blanche : « *c'est mon service, c'est moi qui décide* ». D'autant plus si un accueil s'est déjà mal passé (exemple des urgences : problème de violences physique et verbale), « *on le vit d'autant plus facilement comme un rapport de force*⁷⁹ ».

Ce rapport de force est forcément un frein à la relation soignant-soigné car il implique « *la soumission du patient aux directives*⁸⁰ » de l'équipe médicale et paramédicale, or imposer n'est pas soigner. Ce qui ne peut pas mener à une réelle prise de conscience de la part du patient, puisqu'il n'est pas décisionnaire de sa guérison mais simple spectateur. « *Si la personne soignée ne trouve ni soutien, ni satisfaction dans ses relations avec les soignants [...] elle peut se sentir incapable d'assumer*⁸¹ » son traitement.

Il est cependant évident, que derrière tout ceci, se cache le sentiment d'échec comme me l'exprimait l'infirmier dans ma situation de départ. L'échec correspond à la non-obtention « *de résultats raisonnables pour des activités destinées à un objectif donné*⁸² ». La pathologie alcoolique, du fait de sa chronicité, renvoie les soignants au sentiment d'impuissance : « *la progression du mal nous met à mal ! Sans perspective, sans espoir, sans issue !*⁸³ ». Le coté narcissique soignant n'est pas comblé de la même façon qu'avec des maladies que l'on sait soigner. Ce que le psychiatre illustre par un parallèle avec la gériatrie et la maladie d'Alzheimer. En effet, « *quand on a une maladie que l'on ne sait pas soigner, les professionnels ont une démotivation, un évitement et un épuisement beaucoup plus importants* ».

Lors de l'entretien avec un infirmier⁸⁴, je lui ai demandé s'il pensait qu'un soin idéal existait. Ce à quoi il a répondu qu'en matière de psychiatrie, on ne pouvait proposer qu'une prise en soins personnalisée. Il ne pense pas que « *l'on puisse définir dans le monde de la psychiatrie, une forme de standardisation pour aborder la personne car la personne humaine est riche et complexe* ».

⁷⁸ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁷⁹ Extrait d'un entretien avec un psychiatre exerçant en service d'urgences psychiatriques du 13/04/2012.

⁸⁰ BIOY A., BOURGEOIS F. et NEGRE I. : *La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques*. Anne-Béatrice MULLER. Bréal. 2003. p.98.

⁸¹ Ibid. p.99.

⁸² E.GALAM E., Op.cit. p.76.

⁸³ PETITON Y. et PONTIER M-O. : *Récits de soins, récits de vie, récits de foi*. Editions de l'Atelier. Paris. 2011. p.44.

⁸⁴ Extrait de l'entretien numéro 1 avec un infirmier en service d'admission psychiatrique du 04/05/2012.

SYNTHÈSE

En débutant ce Mémoire de Fin d'Études, je possédais quelques ressources théoriques, j'avais donc certaines pistes de départ. Au fil de mes recherches, j'ai découvert des notions et des idées inconnues. Notamment l'importance de la notion de codépendance ou encore celle de l'épidémiologie en France avec cette idée que l'alcool est si meurtrier. De plus, en effectuant un stage en post-cure cette année, j'ai pu mieux percevoir l'impact de la prise en charge soignante.

Je me suis aussi rendue compte que la situation qui m'a interpellée était récurrente et correspondait à une réalité qui m'était jusque là étrangère. C'est pourquoi mes axes de recherches ont évolué, le choix du plan a été difficile tant le sujet est vaste. Il m'a donc fallu faire des choix dans les recherches et donc dans le développement. Ces recherches, alliées à mon expérience en tant que stagiaire, m'ont confortée dans l'idée que nous soignons avant tout des êtres humains. Et si je ne devais retenir qu'une seule phrase pour résumer ma future profession, ce serait : « imposer n'est point soigner » !

J'ai choisi, dans un premier temps, de rencontrer des professionnels concernés par la prise en soins du patient atteint du syndrome de dépendance à l'alcool, afin de pouvoir confronter la théorie à la pratique.

L'entretien avec le psychiatre a été extrêmement enrichissant. En effet, il a non seulement conforté le résultat de mes investigations théoriques mais aussi apporté de nouvelles pistes à explorer.

Quant à l'entretien infirmier, je n'en ai effectué qu'un seul.

J'ai cependant tenté de rester objective et impartiale tout au long du travail. En effet, jongler avec les représentations sociales peut s'avérer délicat. Comme le laisse entendre le psychosociologue Serge MOSCOVICI dans son ouvrage « *La psychanalyse, son image et son public* » : « *les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social et matériel* ».

CONCLUSION

J'ai opté pour ce thème de recherche afin de mieux percevoir le phénomène du syndrome de dépendance à l'alcool. Je me suis questionnée par rapport aux mécanismes de défense mis en place par le patient et l'ensemble des personnes gravitant autour de lui. Par ailleurs, je me suis intéressée à ce que la notion de rechute renvoyait aux yeux de la société.

J'ai pu percevoir ce à quoi est confrontée la personne alcoolo-dépendante. Ce faisant, je me suis rendue compte d'une part, qu'il existait des freins individuels au maintien de l'abstinence liés aux mécanismes de défense. D'autre part, la vision que porte la société sur la notion d'alcoolisme peut être assimilée à un frein collectif de la rémission alcoolique.

Mes recherches m'ont conduite à constater que les personnes souffrant d'éthylisme ne se sentent pas valorisées et donc aidées par la société. Elles ne le sont pas forcément plus par l'entourage. Ce dernier en voulant bien faire, ne réalise parfois pas qu'il participe au sentiment de honte ressenti par le patient. Sentiment dont il a énormément de mal à se défaire par la suite.

Tenir compte de l'ensemble de ces facteurs est capital pour les professionnels. Ceci afin de pouvoir proposer la meilleure prise en soins possible, adaptée à chacun. Connaître le cadre, les habitudes de vie de la personne participe à consolider l'abstinence et contribue à renforcer l'estime de soi du patient, du soignant, voire le crédit qu'accorde l'entourage à la personne dépendante.

Au terme de ce travail, il reste nombre de questions en suspens, entre autre celle de la prévention de la consommation d'alcool en France. En effet, cette dernière semble encore insuffisamment prise en compte par les services sanitaires et sociaux. Notamment au niveau de la prévention primaire, particulièrement auprès des enfants. A mon sens, en éduquant les enfants à une consommation raisonnée (selon les seuils de l'OMS), nous aurions plus de chance d'obtenir un effet sur la prévention des adultes. Car il apparaît que celle-ci soit trop tardive, une fois l'âge adulte atteint.

Je me demande par conséquent et à mon niveau, quels peuvent être les axes d'amélioration de la prévention du syndrome de dépendance éthylique, notamment dès l'école primaire et au-delà, en direction de l'adolescent ?

ANNEXES

***Annexe I – Entretiens avec des professionnels
et enquête exploratoire auprès de
patients***

***Annexe II – Schéma du circuit de la
récompense***

Annexe III -- Circuit de la dépendance

Annexe II – Lettre à la famille

ANNEXE I : Entretiens avec des professionnels et enquête exploratoire auprès des patients

Pour mon travail, j'ai rencontré deux personnes, l'une psychiatre, l'autre possédant le diplôme d'état infirmier. Ceci afin d'obtenir l'avis de professionnels par rapport au thème de recherche. Il me semblait aussi important d'avoir l'opinion des patients qui sont au centre des soins.

J'ai donc choisi de déposer un questionnaire dans une structure de post-cure. En accord avec le psychiatre de la structure, c'est lui-même qui l'a distribué aux patients, en choisissant tout de même ceux qui lui semblaient les plus aptes à répondre. J'en ai déposé trente, onze ont été remplis.

J'ai fait le choix de déposer ces questionnaires dans cette structure pour pouvoir poser des questions correspondant à celles d'un entretien d'accueil. Il me semble aussi que le fait que les patients soient déjà sevrés me permettait d'être plus intrusive dans les informations que je recherchais.

De plus, j'ai opté pour des questions à réponses fermées pour faciliter l'analyse, mais j'ai aussi introduit des questions à réponses ouvertes pour éviter de diriger les réponses.

Enfin, je suis consciente que mon échantillon étant limité, il n'est que le reflet d'une réalité qui n'est pas une généralité, simplement les résultats donnent un indice sur cette dernière.

En effet, sur les onze questionnaires, huit sont remplis par des hommes, trois par des femmes. L'absence de personnes de moins de trente ans tend à démontrer que même lorsque la dépendance est installée, et souvent avant cet âge, elle n'est pas reconnue comme un vrai problème. Le nombre de sevrage avant l'accession à un service de post-cure le confirme, la majorité en est au deuxième sevrage, bien que deux personnes suivent ce parcours dès leur premier sevrage. Pour ce qui est de la profession exercée, la diversité des réponses confirme que l'alcool infiltre toutes les catégories socio-professionnelles. Les métiers dits à risque apparaissent d'ailleurs en tête de liste : artisan, commercial, sans-emploi.

- ***Pour la question 1*** : la majorité des patients ont commencé à consommer de l'alcool dans leur jeunesse, il y a quand même quatre personnes qui ont débuté après trente ans. Ces chiffres confirment qu'en France, l'accession à l'alcool fait partie d'une sorte de rite de passage, notamment à l'âge adulte.

- ***Pour la question 2*** : la majorité des patients pense avoir rencontré un problème avec l'alcool il y a moins de dix ans. Ce chiffre me fait penser qu'ils sont peut-être dépistés plus tôt de nos jours, le déni de la pathologie reste cependant en fond.
- ***Pour les questions 3 à 5*** : la grande majorité des patients consomme de l'alcool fort (vodka, whiskey, ...), de façon solitaire, tout au long de la journée. Ce qui montre à quel point la place de l'éthanol est centrale dans la vie de la personne souffrant d'un syndrome de dépendance. Je constate par ailleurs que les trois femmes consomment de l'alcool fort, ce qui tend à prouver une évolution dans la consommation féminine.
- ***Pour la question 6*** : l'alcool est un obstacle aux vies familiale, sentimentale, professionnelle et sociale. Ce qui montre que la dépendance a de graves répercussions au niveau social et appuie le fait qu'il importe que les soignants adaptent individuellement la prise en charge holistique du patient.
- ***Pour la question 7*** : n'ayant pas d'avis médical, je ne peux pas conclure sur le lien de l'alcool aux diverses pathologies somatiques. Cependant, pour le cas de pancréatite, ce lien semble plus évident, il y a quand même quatre personnes ayant des pathologies pouvant être causées par l'alcool.
- ***Pour la question 8*** : sept personnes sur onze ont dans leur famille des personnes souffrant d'alcoolisme, pour la majorité ce sont le père et/ou la mère. Ce qui peut appuyer le fait qu'il existe une corrélation génétique à l'addiction.
- ***Pour la question 9*** : presque un tiers des patients ont rencontré un problème avec la justice, notamment pour perte du permis de conduire. Cette perte peut être à l'origine d'un isolement social ou d'une perte d'emploi.
- ***Pour les questions 11 et 12*** : tous les patients sont abstinents, condition sine qua non à l'entrée dans le service de post-cure. Pour la majorité, ils persistent dans l'abstinence depuis un à six mois, ce qui montre que la post-cure est utile dans le sevrage pour aider à une abstinence durable. De plus, tous les patients connaissent la différence entre faux-pas et rechute, c'est-à-dire, qu'ils ont à dispositions les outils pour ne pas rechuter même s'ils consomment une fois. Cependant, ils ont besoin d'expérimenter cette différence pour arriver à utiliser les armes qu'ils ont choisit au moment où l'envie de boire les prend.
- ***Pour les questions à réponse ouverte***, l'analyse de la globalité me confirme que les raisons de consommer sont propres à chaque individu, cependant il ressort que la solitude et les divorcent sont soit la cause soit la conséquence de la consommation

d'alcool. De même, l'inactivité (l'absence d'emploi ou la retraite) favorise l'accès au produit. Je me rends par ailleurs compte que la diversité des réponses reflète la particularité de la pathologie addictive.

Je pense que le fait que quatre personnes n'aient pas répondu à la question à propos des appréhensions liées à la rechute, ce qui montre sans doute le besoin de cheminer, de mûrir sa réflexion. De prime abord, j'aurai cru qu'il y aurait davantage de personnes qui répondraient qu'elles ne rechuteraient pas ; point de vue fermé, montrant que la pathologie est mal connue, voire le reflet d'un déni sous-jacent.

Pour ce qui est de la perception des proches du risque de rechute, il ressort que les proches ne connaissent pas véritablement les tenants et les aboutissants de la pathologie alcoolique. Ce qui confirme que les proches ne sont pas toujours suffisamment informés. De même, la peur que la personne reconsomme, la culpabilisation du patient, voire l'indifférence face à ce problème montre encore une fois, à quel point il est capital pour nous soignant de prendre en compte l'entourage dans la prise en soins, afin de déceler les aides ou les freins à une abstinence stable.

Au travers de ce questionnaire, je ne peux pas dire avoir été surprise par les réponses. Il confirme le fruit de ma recherche et appuie certaines hypothèses que j'ai émises. Je pense qu'il est tout de même assez représentatif bien qu'incomplet. Cependant, les histoires de vie qui mènent les patients vers l'addiction à l'alcool sont trop variées pour pouvoir être toutes abordées.

**11 questionnaires exploratoires ont été retournés et analysés
sur la trentaine qui a été envoyée**

Sexe	8 hommes	Âge	30-35 ans	2	Commentaire: Absence de personnes de moins de 30 ans.
	3 femmes		40-45 ans	2	
			45-50 ans	0	
			50-55 ans	2	
			55-60 ans	3	
			60-65 ans	2	

Nombre de sevrages	1 sevrage	2	Commentaire : La majorité des personnes sont hospitalisées en post-cure à partir de leur deuxième tentative de sevrage.
	2 sevrages	6	
	3 sevrages	2	
	plus de 5	1	

Profession	artisan	3	Commentaire : L'alcool touche l'ensemble des catégories socio-professionnelles, bien qu'aucun cadre n'ait répondu à cette enquête.
	commercial	2	
	chauffeur	1	
	sans-emploi	3	
	retraité	2	

Par rapport à l'alcool

Question 1 : À quel âge avez-vous commencé à boire?	15-20 ans	3
	20-25 ans	4
	25-30 ans	0
	30-40 ans	4
	plus de 50 ans	0

Question 2 : Depuis combien de temps pensez-vous avoir un problème avec alcool?	quelques mois	0
	2 à 5 ans	3
	5 à 10 ans	3
	10 à 20 ans	4
	plus de 20 ans	1

Question 3 : De quelle manière consommez-vous?	seul	8	Commentaire : La plupart des patients consomment l'alcool de façon solitaire.
	en groupe	0	
	les deux	3	

Question 4 : Quand consommez-vous?	matin	0	Commentaire : La majorité des patients consomment tout au long de la journée des boissons éthyliques.
	après-midi	0	
	soir	2	
	tout au long de la journée	9	

Question 5 : Quelle sorte d'alcool consommez-vous?	alcool fort (vodka, whiskey...)	7	Commentaire : La plupart des patients boivent des alcools forts, toutes les femmes usent d'alcools forts.
	vin et spiritueux	3	
	bière	1	
	autre	0	

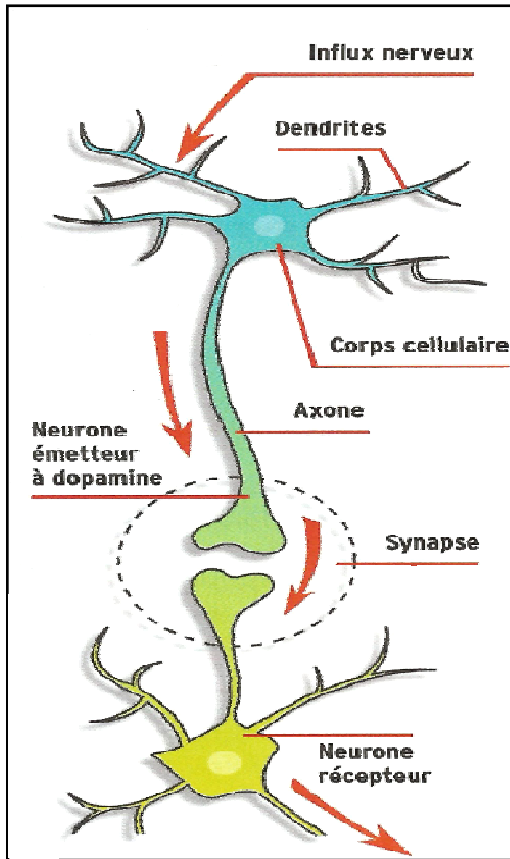
Question 6 : Selon vous l'alcool est un obstacle à votre vie :	sociale	9
	professionnelle	6
	familiale	8
	sentimentale	9
	autre	2 (finances, vie quotidienne)

Question 7 : Avez-vous l'une des pathologies suivantes?	hypertension	2	Commentaire : Sans avis médical, il est difficile de conclure sur l'étiologie de ces pathologies compte tenu de la diversité des facteurs de vieillesse, d'antécédents personnels et familiaux par exemple.
	problèmes cardiaques (infarctus)	0	
	diabète	1	
	pancréatite	1	
	cirrhose	0	
	autre	2 (artérite, psoriasis)	
	réponse barrée	4	
non répondu	1		

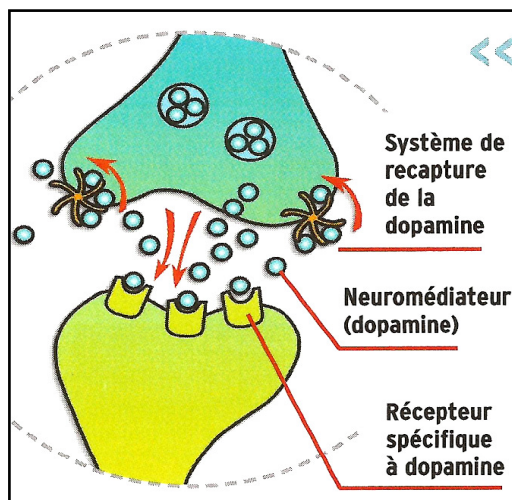
Question 8 : Dans votre famille, y a-t-il des personnes alcooliques?	oui	7	père et/ou mère	4
	non	2	grands-parents	1
	non répondu	2	frères/sœurs	2
Commentaire : Un des patients ayant répondu son père, sa mère et ses frère et sœur.				

Question 9 : Avez-vous rencontré des problèmes judiciaires ?	oui	3	Commentaire : La personne ayant été incarcérée pour violence a aussi perdu son permis de conduire.	
	non	8		
	Si oui, quoi ?	retrait de permis de conduire		3
		violence	1	
Question 10 : Selon vous, quelles sont les raisons qui vous ont conduit à boire ?	séparation / divorce	4	Commentaire : Certains patients ont émis plusieurs idées qui se recourent les unes les autres.	
	solitude	3		
	dépression	3		
	absence d'emploi	1		
	difficultés financières	1		
	difficultés à l'adolescence	1		
	culpabilité	1		
	pour faire comme les autres	1		
non répondu	1			
Par rapport à l'abstinence				
Question 11 : Êtes-vous abstinent ?	oui	11	Commentaire : la majorité des patients viennent consolider leur sevrage après un à six mois d'abstinence.	
	non	0		
	Si oui, depuis quand ?	moins d' 1 mois		0
	de 1 à 6 mois	7		
	de 6 mois à 1 an	3		
	plus d'1 an	1		
Question 12 : Faites-vous la distinction entre faux-pas et rechute ?	oui	11		
	non	0		
Question 13 : Selon vous, qu'est-ce qui peut engendrer "une rechute" ?	séparation/divorce	2	Commentaire : idem question 10.	
	dépression	2		
	soirée entre amis	2		
	solitude	1		
	mauvaises fréquentations	1		
	absence d'emploi	1		
	pulsion	2		
	décès d'un proche	1		
	un premier verre	1		
	ne pas continuer le suivi			
	contrariété / énervement	1		
non répondu	2			
Question 14 : Comment appréhendez-vous "la rechute" ou "le risque de rechute" ?	"je ne rechuterai pas"	1	Commentaire : 4 personnes sur 11 n'ont pas souhaité répondre.	
	"peur de retomber dans l'enfer"	1		
	un risque mais possède les outils pour stopper cet élan rapidement	2		
	mal	1		
	peur de ne pas assumer devant les amis	1		
	peur de ne pas trouver d'autre solution que la mort	1		
	non répondu	4		
Question 15 : Selon vous, comment vos proches appréhendent-ils ce risque?	ont confiance en moi mais ne connaissent pas la pathologie	3		
	ne croient pas en l'abstinence	1		
	"ont peur que je reboive"	1		
	"ils m'agacent"	1		
	sentiment qu'ils n'en ont rien à faire	1		
	ne sait pas	1		
	absence de proche	1		
non répondu	2			

ANNEXE II : Schéma du circuit de la récompense

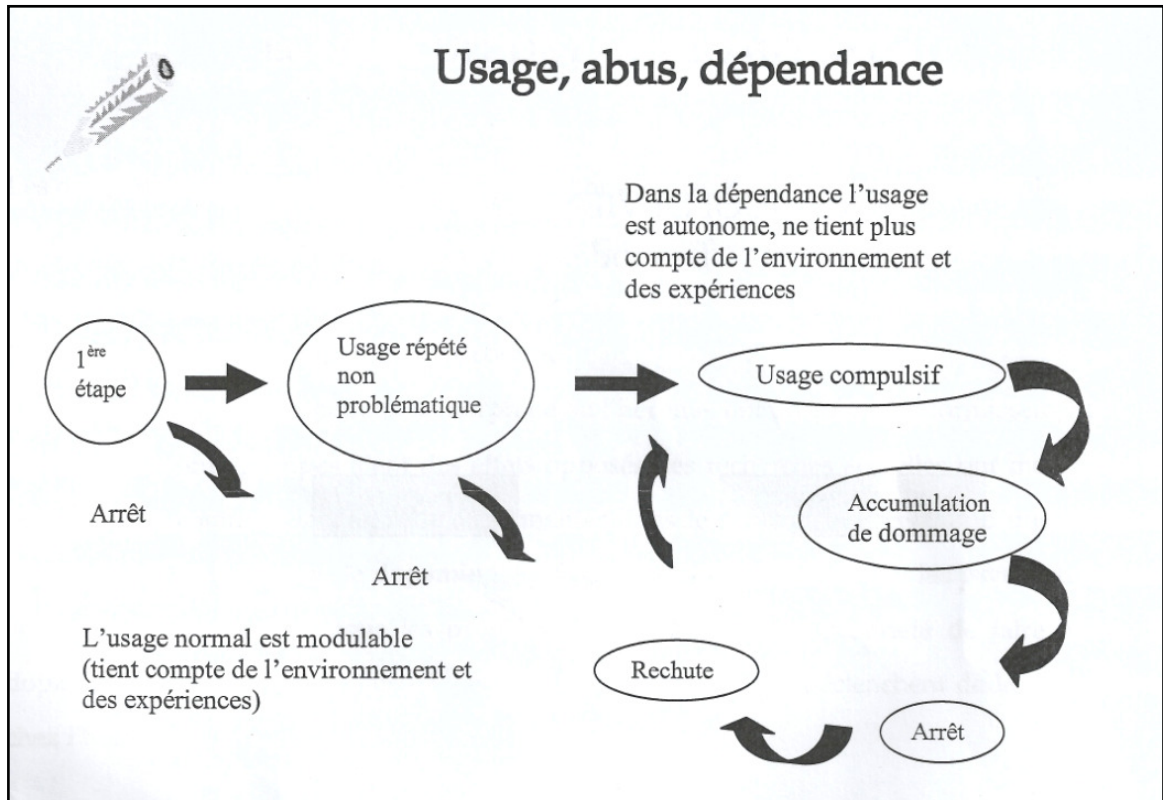


La connexion entre deux neurones



La synapse

ANNEXE III : Schéma du circuit de la dépendance



ANNEXE IV : Lettre à la famille

« Pierre Fouquet est un médecin français, père de l'alcoologie française. On lui doit la fameuse définition du malade alcoolique comme étant « celui qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire ». Il a fondé et présidé la Société française d'alcoologie (SFA). Il existe aujourd'hui un prix Pierre Fouquet, récompensant les recherches en alcoologie. » Extrait du site Internet wikipédia (consulté le 31/05/2012), disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Pierre_Fouquet.

Il a écrit une lettre à destination de l'entourage des patients atteints du syndrome de dépendance à l'alcool qui est distribué dans un centre de post-cure.

Lettre à la famille

M...,

Depuis une quinzaine de jours, votre malade est en traitement dans mon service. Sans doute vous posez-vous de multiples questions à son sujet, tant pour le présent que pour l'avenir.

BUT DE CETTE LETTRE.- Je viens ici répondre dans la mesure du possible à vos légitimes préoccupations. Il est très utile en effet que je vous tienne parfaitement informé, car vous sentez bien que votre rôle demain sera très important. Je vous demanderai, en lisant cette lettre, de tenir compte de son caractère impersonnel. Écrite pour toutes les familles de malades, elle ne saurait tenir compte du cas particulier qui se pose à vous. Vous ne trouverez donc ici que des considérations d'ordre général sur la maladie si particulière et si méconnue dont votre parent est atteint. De même, je ne pourrai vous suggérer qu'une ligne de conduite globale. En aucune façon, cette lettre ne peut se substituer à une conversation plus approfondie entre vous et moi.

LA "PETITE GUERRE" CHEZ VOUS. - Quelle est donc cette maladie qui a si profondément détérioré la vie de votre malade et celle de sa famille ? Depuis des mois, sinon des années, vous êtes le témoin douloureux d'un fait incompréhensible : il boit trop de vin, trop de bière ou trop d'alcool, soit tous les jours, soit par périodes et il ne supporte plus rien qu'elles que soient les qualités ou quantités de ces liquides. Peu important d'ailleurs les modalités de détail de sa consommation, le fait est qu'il continue aveuglément. Sa santé en souffre, évidemment, mais aussi son humeur, plus souvent mauvaise que bonne ; son caractère devient pénible, irritable ; ses capacités intellectuelles fléchissent, son travail aussi s'en est vivement ressenti, etc. Toutes ces altérations sont évidentes, crèvent les yeux de son entourage. Naturellement, vous lui en avez fait la remarque, c'était le bon sens même. A votre étonnement, il est resté sourd et a continué à boire comme avant. Après les appels à la raison, sont venus les reproches, peut-être même les menaces. Probablement vous est-il arrivé parfois de vous mettre en colère et finalement de désespérer de trouver une issue à cette situation infernale. En même temps que votre chagrin et votre irritation croissaient, le mal ne faisait qu'empirer. Après avoir eu l'illusion persistante qu'il aurait pu s'arrêter s'il l'avait voulu, vous en êtes peut-être arrivé à penser qu'il le faisait exprès. Au lieu de reconnaître que la vie devenait impossible, votre malade prétendait par exemple, n'avoir rien bu, ou... presque pas : de nombreux indices vous

prouvaient immédiatement le contraire. Après les dénégations, vous avez connu aussi les repentirs, puis les promesses, les espoirs tout neufs chaque fois brisés, etc.

LA SITUATION ACTUELLE. - Aujourd'hui, la situation s'est modifiée : soit après un incident plus grave que les autres, soit par crainte de perdre définitivement votre affection ou de ruiner sa situation, ou sa santé, votre malade a accepté enfin, bon gré, mal gré, de se faire soigner. Depuis son entrée ici, ou vous l'avez revu ou il vous a écrit. Vous avez pu constater son amélioration physique et morale. Il a retrouvé sommeil et appétit, son caractère est plus gai, plus confiant ; il fait même des projets d'avenir. Voilà un premier bilan positif et rassurant ; mais probablement vous posez-vous dès maintenant d'autres questions : "Combien de temps cela va-t-il durer ? Après sa sortie peut-il retomber dans les mêmes errements ? Faudra-t-il tout recommencer dans quelques semaines ou quelques mois ?" Pour répondre à ces questions, je dois vous expliquer très brièvement en quoi consiste cette maladie.

LA MALADIE. - D'abord, me direz-vous, pourquoi parler de maladie, et non pas plus simplement du vice, du manque de volonté, des mauvaises habitudes qui ont entraîné tous ces malheurs ? Justement, tous ces termes ne sont pas applicables à votre malade et une étape décisive sera franchie par vous comme par lui, quand vous aurez admis que vice, défaut de volonté ou mauvaises habitudes n'ont rien à voir avec ce qui arrive. Il s'agit de tout autre chose. Il s'agit d'une maladie dont je peux résumer le symptôme majeur par une phrase :

VOTRE MALADE AVAIT PERDU LA LIBERTÉ DE S'ABSTENIR DE L'ALCOOL. - Il est d'un intérêt capital que vous compreniez bien ce que je veux dire par cette phrase. Je vous précise, en effet, qu'il s'agit de la perte d'un mécanisme normal. Pour vous, pour moi, les boissons alcoolisées peuvent être un agrément, un plaisir même, mais nous pourrions nous en passer facilement. Pour votre malade, elles étaient devenues une nécessité malade aussi impérieuse et vitale que pour nous tous le besoin de dormir. On peut échapper au sommeil pendant un temps plus ou moins long, mais tôt ou tard il faudra dormir. Il en va de même pour votre malade à l'égard de l'alcool : qu'il lutte et qu'il ne lutte pas, c'est un fait qu'il n'a pu assouvir sa soif morbide d'alcool.

LES 3 ÉLÉMENTS DE CETTE MALADIE

1) *L'intoxication* - Dans ces conditions, peu à peu, l'organisme s'est intoxiqué, c'est-à-dire qu'il a accumulé des produits toxiques dont l'effet était d'autant plus nocif que l'organisme était de moins en moins résistant. Grâce à diverses piqûres, cette intoxication a pu être réduite. Il est possible qu'elle ne laisse que peu de traces dans l'organisme de votre malade.

2) *Le facteur psychologique* - Mais ce n'est pas tout. Peut-être avez-vous pu noter, bien avant qu'il ne soit malade, divers traits particuliers de son caractère ou certaines tendances de sa personnalité. De plus, au cours de circonstances émotionnelles telles que tristesse, anxiété, dépit, colère, etc., vous avez sans doute remarqué que votre malade avait tendance à boire plus et aussi que dans ces circonstances il "supportait" moins bien. Rappelez-vous aussi l'expression "noyer son chagrin", ou encore la coutume du petit verre de rhum au condamné à mort. Ces exemples montrent un aspect du rôle de l'alcool. Vous connaissez aussi l'histoire du soldat de deuxième classe à qui le capitaine propose le galon de caporal, s'il peut s'arrêter de boire pendant deux mois. L'autre répond : "Mon capitaine, ça ne m'intéresse pas, quand j'ai bu je me crois général". Si je me permets de vous conter cette anecdote, alors que vous n'avez pas précisément le cœur à rire, c'est parce qu'elle illustre naïvement un des mécanismes possibles qui a pu être à l'origine de son rêve insensé de bonheur par l'alcool. Ces éléments psychologiques, et sans doute bien d'autres plus

intimes, ignorés de vous ou même de lui, jouent un rôle déterminant dans cette maladie. Leur réapparition provoquerait la réapparition du désir d'alcool. C'est dire toute l'importance qu'il y aura pour le convalescent à reconstituer avec vous une vie harmonieuse capable de lui apporter des satisfactions bien plus authentiques que celles, illusoire, cherchées dans l'alcool. Il ne lui suffira pas de ne boire que de l'eau, il lui faudra aussi être heureux. Ce bref résumé vous permet de mieux comprendre le traitement que j'ai pratiqué : dans un premier temps, comme je vous l'ai dit, le traitement consiste à désintoxiquer le malade. Vient ensuite, dans un deuxième temps, un traitement à l'Apomorphine dont le but est d'élargir le fossé qui doit se creuser entre lui et l'alcool. Enfin, les éléments psychologiques sont abordés de deux façons : d'une part, sur le plan éducatif, j'apprends au malade en quoi consiste sa maladie, comment il doit préserver son avenir ; d'autre part, je m'occupe de façon plus directe et plus personnelle de résoudre les troubles de sa personnalité et le prépare à réintégrer une vie plus heureuse.

VOTRE ATTITUDE. - Et vous-même, que pouvez-vous faire ? Le plus important est d'abord que vous admettiez qu'il s'agit d'une maladie. Seul le médecin peut intervenir au début du traitement. Vous-même n'avez pu rien faire jusqu'à ce jour. Vous sortez du cauchemar, sans doute êtes-vous plus calme, reposé et prêt à un nouvel effort pour l'aider à guérir. Aussi vais-je me permettre de vous donner quelques conseils pour le présent et l'avenir immédiat. Ils peuvent se résumer ainsi :

1) *Liquidier le passé* - Votre droit au bonheur a été saccagé, je le sais. Croyez bien que, pour avoir entendu des centaines de confidences analogues à celles que vous pourriez me faire, je comprends le drame que vous avez vécu et compatis très sincèrement à vos souffrances. Quelle que soit votre situation présente, je vous demande instamment de tout faire pour entreprendre avec courage la liquidation de ce passé douloureux. Sans doute n'est-ce pas toujours aisé et bien des détails navrants ne sont pas faciles à oublier. Les allusions incessantes aux fautes commises, les reproches, les ressentiments ne possèdent aucune vertu curative, croyez-moi. Inutile de vous acharner à obtenir des aveux, à exiger qu'il reconnaisse ses manquements. L'expression de ses regrets ou de ses remords vous apporterait peut-être une satisfaction amère, mais dans une large mesure ceci risque d'être particulièrement nocif pour lui et de le rejeter dans le désespoir. On ne peut valablement reconstruire dans ce climat. Enfin, comme vous le savez, bien d'autres éléments de la situation présente risquent de se charger, en dehors de vous, de lui rappeler tout ce qui a été détruit.

Lui aussi sait tout cela. Aujourd'hui il mesure avec lucidité l'étendue des dégâts. Mon rôle a consisté en partie à lui permettre cette critique serrée de ses années perdues, et aussi à l'aider à surmonter de lourds sentiments de culpabilité. Aussi mon premier conseil est-il : ne parlez plus du passé.

2) *Neutralité à l'égard de l'alcool.*

- C'est votre ennemi. Sans doute êtes-vous prêt encore à reprendre la lutte pour éloigner ce produit maudit. Pourtant je vous dis : il faut cesser le combat. Désormais, c'est moi qui m'occupe de ce problème avec votre malade : je vous demande instamment de ne plus intervenir en aucune façon sur ce point. Je m'explique :

- A la maison : ne cachez pas les bouteilles. Si vous avez l'habitude aux repas de boire du vin ou de la bière, ce qui me paraît bien normal, continuez. Agir autrement serait inutilement vexant pour lui. Si je ne supporte pas la crème au chocolat, je ne vois aucun inconvénient à ce que les autres en mangent devant moi. Si vous invitez des parents ou des amis, même attitude.

- Hors de la maison, les bistrotts sont nombreux. Dans la vie professionnelle, les "occasions" ne manqueront pas ; vous savez trop que vous n'y pouvez rien et qu'il est le

plus souvent vain -sauf cas très particulier d'envisager de changer de profession. Pas de limitation sociale : ne refusez pas les invitations au bal de la Croix-Rouge ou au banquet des Anciens de ci ou ça.

Je ne doute pas que cela soit difficile pour vous. Si un jour votre malade est en retard pour rentrer, vous éprouverez un serrement de cœur et penserez immédiatement : "Ça y est, je suis sûr que c'est à cause de ça !" Quand il arrivera quelques minutes plus tard, vous expliquant la cause légitime de son retard, ne montrez pas que vous avez été inquiet. Si un soir, il vous dit : "Je sors une minute parce que j'ai oublié d'acheter le journal...", même anxiété, même attitude.

Donc pas de recommandations du genre : sois raisonnable, fais attention, etc., pas de serments, pas de promesses ; pas de questions insidieuses du genre : tu as l'air fatigué ? Tu as l'air excité ? Tu es rouge ? Tu es pâle ? Tu ne parles pas ? Tu parles beaucoup ? Qui sous-entendent toujours : est-ce que tu as bu ? Enfin, pas de surveillance des médicaments spéciaux que je demanderai à votre malade de prendre le matin. Même si vous ne me croyez pas tout à fait -et je sais que vous resterez anxieux pendant des mois essayez de jouer le jeu.

3) *Lui faire confiance.* - Je viens de vous demander deux choses difficiles : pas de considérations rétrospectives, pas de surveillance relative à l'alcool dans le présent. Il faut encore plus : lui témoigner la plus large confiance possible pour l'avenir. Vous savez que votre malade a été se promener seul en ville. Cette mesure thérapeutique a pu vous paraître risquée. Pourtant il ne s'est rien passé d'extraordinaire, ou, plus exactement, ce qui a pu paraître extraordinaire c'est qu'il a probablement fait un usage normal de sa liberté retrouvée. Dans quelques jours, il sera de retour à la maison et bientôt reprendra son travail. Ceci sous-entend qu'il va de nouveau assumer un certain nombre de responsabilités vis-à-vis de lui, vis-à-vis de vous et des autres. Il aura des initiatives et des décisions à prendre ; il retrouvera certaines prérogatives perdues, par exemple le maniement normal de l'argent ; en un mot, il redeviendra un adulte autonome. Pour l'aider à cette restauration de sa valeur humaine, là encore, je vous propose de prendre le contre-pied de votre attitude antérieure probable : pas de limitations, pas de restrictions, faites taire une anxiété qui vous conduirait à la suspicion, à la méfiance. C'est ainsi et seulement ainsi qu'il retrouvera grâce à vous l'estime et l'affection dont il a tant besoin. Dans notre société inhumaine où tout est si parfaitement organisé pour développer et encourager l'alcoolisme, trop peu de choses existent encore pour venir au secours de ses victimes qui rencontrent seulement menaces et coercitions. Comment pourra-t-il retrouver une signification valable à sa vie si ce n'est d'abord auprès de vous et des siens ? J'aurai à vous parler toutefois des Groupements de post-cure où d'anciens malades pourront vous offrir, à lui et à vous, aide et réconfort.

L'AVENIR. - Je ne me dissimule pas à quel point la lecture de ces lignes peut vous laisser sceptique. Peut-être pensez-vous que je ne tiens vraiment aucun compte de tout un passé de mensonges et de dissimulation et qu'en définitive je suis bien naïf de vous proposer une politique semblable ! Mon rôle n'est pas de vous bercer d'illusion ou d'espoir. Si je vous suggère aujourd'hui une attitude si contraire à celle que vous avez été contraint d'adopter, c'est bien parce que jusqu'ici le résultat a été nul. Si vous reconnaissez cette inefficacité, laissez-moi vous montrer un autre chemin. Voici maintenant ma propre opinion en ce qui concerne l'avenir de mes malades ; là encore je ne peux exprimer que des généralités valables pour tous et ne tenant pas compte de votre cas particulier. Une maladie qui dure depuis 5, 10 ou 20 années ne guérit pas en 4 semaines. Quand votre malade sortira d'ici, il sera seulement convalescent. Nous sommes en présence d'une maladie de longue durée : le minimum de temps pendant lequel le malade devra être suivi est de l'ordre d'une année. Souvent, un temps plus long est nécessaire. L'évolution de la maladie est difficilement

prévisible actuellement : elle peut aussi bien être d'emblée favorable qu'entrecoupée, à plus ou moins longue échéance, d'incidents de tous ordres dont vous devez être informé. Sachez dès maintenant que l'essentiel sera, quoi qu'il arrive, de garder la liaison avec moi.

1. Le premier incident auquel vous pensez est la rechute dans l'alcool ; ce n'est pas forcément le plus grave. Rappelez-vous que boire de l'alcool, sous quelque forme que ce soit et si peu que ce soit, rallumerait à coup sûr la nécessité de continuer.

Si une telle éventualité se présentait, et si vous en aviez l'absolue certitude, vous devez alors sortir de la réserve que je vous ai recommandé d'observer. Malgré votre chagrin ou votre irritation secrète, vous aurez une fois encore à lui prouver votre indéfectible affection en lui évitant les reproches et en insistant calmement sur la nécessité impérative de venir me voir le plus tôt possible. Certes, votre malade risque d'avoir l'illusion de pouvoir s'arrêter seul, le lendemain. Rappelez-vous que ce n'est qu'une illusion. Pour l'aider à revenir le plus tôt possible à la consultation, montrez-lui que vous comprenez sa souffrance en faisant abstraction de la vôtre. Il y a toutes les chances alors que cet incident soit sans gravité.

2. Le deuxième ordre de difficultés possibles est la persistance d'un état physique, mais surtout moral médiocre. Il n'est pas exclu que, même en restant strictement abstinent, votre malade n'éprouve, pendant un temps assez long, soit des troubles du sommeil, de l'appétit, etc., soit sur un autre plan de l'anxiété, des tendances dépressives ou obsédantes, etc. Le traitement de ces manifestations éventuelles est un des objectifs poursuivis pendant la post-cure.

3. Enfin la situation conjugale, familiale, professionnelle, financière ou sociale dans laquelle il se trouve est plus ou moins compliquée. Sans doute, bien des obstacles devront-ils être surmontés. Là encore, il peut y avoir des hauts et des bas et la réussite sera plus ou moins longue à venir.

Je crains maintenant une chose : à la lecture de l'avant-dernier paragraphe, vous avez été tenté de me trouver trop optimiste. Les perspectives que je viens de vous tracer dans ces dernières lignes concernant l'évolution de la maladie risquent à l'opposé de vous paraître bien sombres. Croyez-moi, je m'efforce de rester objectif en vous disant que le pronostic est impossible et en vous montrant les choses en face. Retenez, je vous prie, qu'un nouvel et authentique espoir est né. Ce sont les cas en apparence les plus désespérés qui parfois réussissent le mieux.

CONCLUSION. - J'arrive à la fin de cette lettre, d'une longueur inusitée dont je m'excuse. Il fallait que je vous dise tout cela. Gardez ces quelques pages, relisez-les et surtout ne craignez ni de me faire des objections, ni de me poser d'autres questions. Enfin, je compte vous voir très prochainement ; ensemble, nous examinerons comment adapter ces principes très généraux à votre cas particulier.

En vous remerciant à l'avance de votre coopération, je vous prie d'agréer, M..., l'assurance de mes sentiments très dévoués.

BIBLIOGRAPHIE

- Livres

ALLAIS J. : *La psycho-généalogie : comment guérir de sa famille ?* Paris : Eyrolles, 2007. 205 p.

ANCEL P. et GAUSSOT L. : *Alcool et alcoolisme: pratiques et représentations.* Paris : l'Harmattan, 1998. 237 p.

BIOY A., BOURGEOIS F. et NEGRE I. : *La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques.* Bréal : Anne-Béatrice MULLER, 2003. 143 p.

CASAMETTA D. et VELEAE D. : *Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles de la conduite alimentaire, toxicomaniaques et alcooliques.* Paris : Ellipses, 2000. 204p.

CHABALIER H. : *Alcoolisme : le parler vrai, le parler simple.* Paris : Robert Laffont, 2005. 156 p.

¹ FLEURY B. : *Les conduites d'alcoolisation : du repérage précoce au réseau de prise en charge.* Montrouge : John Libbey Eurotext., 2003. 121 p.

GALAM E. : *L'erreur médicale, le burn-out et le soignant.* Paris : Springer, 2012. 250 p.

GOMEZ H. : *Guide de l'accompagnement des personnes en difficultés avec l'alcool,* deuxième édition. Paris : .Dunod, 2011. 358 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE : *alcool dommages sociaux abus et dépendance synthèses et recommandations expertise collective.* Paris : Inserm, 2003. 72 p.

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE : *Drogues et dépendance le livre d'information ,deuxième édition.* Saint-Denis : INPES éditions, 2007. 179 p.

LEYENS J-P. : *Sommes-nous tous psychologues ? : approche psychosociales des théories implicites de la personnalité.* Sprimont (Belgique) : Mardaga, 2006. 288 p.

MOUHOT F. : *Le moi et l'esprit: Voyage au cœur de la psychothérapie.* Paris : Médiaspaul, 2008. 335 p.

PETIOT S., KOTZKI S. et PERNEY P. : *Handicap moteur et addiction à l'alcool.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009. 130 p.

PETITON Y. et PONTIER M-O. : *Récits de soins, récits de vie, récits de foi.* Paris : éditions de l'Atelier, 2011. 143 p.

QUEVAUVILLIERS J. : *Dictionnaire médical de poche ,deuxième édition.* Issy-les-Moulineaux : Masson, 2007. 524 p.

SAIET M. : *Les addictions.* Paris : Puf, 2011. 127p.

- **Article**

DORTIER J-F. : Tous accros ? Addictions et dépendances, *Sciences Humaines*, novembre 2011, n°231, pp.28-50.

- **Sites Internet consultés**

CARTEAUD M. : *Comprendre l'alcool et ses effets pour mieux gérer sa consommation* (consulté le 16/04/2012). Disponible sur Internet : http://www.alcoolespace.com/infos_07.html.

GAUSSOT L., *Les représentations de l'alcoolisme et la construction sociale du « bien boire »*, (consulté le 12/05/2012). Disponible sur Internet : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1998_num_16_1_1416.

GIFFARD D., formation pour Infirmières et Infirmiers de Secteur Psychiatrique. Programme officiel enseigné sur 3 ans entre 1979 à 1994 (consulté le 18/04/2012). Disponible sur Internet : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/mecanisme-defense.htm>.

LAROUSSE EN LIGNE, *Dictionnaire* (consulté tout au long des recherches). Disponible sur Internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires>.

SECURITE ROUTIERE (consulté le 17/04/2012). Disponible sur Internet : <http://www2.securiteroutiere.gouv.fr/ressources/conseils/l-alcool-au-volant.html>.

SOCIETE FRANCAISE D'ALCOOLOGIE (consulté le 17/04/2012). Disponible sur Internet: http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA_conduites-alcool.pdf.

SOINS INFIRMIERS, *les états limites* (consulté le 18/04/2012). Disponible sur Internet : http://www.soins-infirmiers.com/etats_limites.php.

RÉSUMÉ

L'alcool est actuellement la boisson la plus consommée en France. C'est aussi celle qui engendre le plus de complications, qu'elles soient physiques, psychiques ou socio-professionnelles. Le patient atteint du syndrome de dépendance à l'éthanol met en place des mécanismes de défense par rapport à son addiction, il en est de même pour son entourage et les soignants. De plus, cette pathologie est source de nombreuses représentations sociales. Ces dernières peuvent-elles influencer sur la prise en soins de l'abstinence au niveau infirmier ?

MOTS-CLÉS

Alcool – Alcool-dépendance – Abstinence –
Mécanismes de défense – Représentations sociales.